

Friedrich-Schiller-Universität Jena

*Supervision und Selbsterfahrung zur Entwicklung und Sicherung
psychotherapeutischer Kompetenzen –
Quantitative und qualitative Auswertung von Befragungen des
Forschungsgutachtens zur
Psychotherapieausbildung in Deutschland*

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Dipl.-Psych. Steffi Nodop
geboren am 20.01.1980 in Freiberg (Sachsen)

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena

Gutachter:

1. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena
2. Prof. Dr. Peter Noack, Jena

Tag der mündlichen Prüfung: 15.01.2013

S.D.G.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
A. Einleitung	1
B. Theorie.....	5
B.1. Die Psychotherapieausbildung in Deutschland – aktueller Rahmen	5
B.1.1. Die psychotherapeutische Ausbildungslandschaft in Deutschland	6
B.1.2. Das Ausbildungsziel.....	6
B.1.3. Ausbildungsbestandteile	7
B.1.4. Die Tätigkeit als Lehrkraft an einer Ausbildungsstätte	9
B.2. Ausbildungsforschung in der Psychotherapie.....	10
B.3. Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung.....	11
B.3.1. Strukturqualität.....	13
B.3.2. Prozessqualität.....	14
B.3.3. Ergebnisqualität.....	14
B.4. Der Ausbildungsbestandteil Supervision	17
B.4.1. Begriffsbestimmung	17
B.4.2. Modelle von Supervision.....	18
B.4.3. Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision.....	18
B.4.4. Empirische Nachweise der Wirkung der Supervision	20
B.4.5. Entwicklung von Kompetenzbereichen in der Supervision	23
B.4.6. Schwierigkeiten in der Supervision.....	23
B.5. Der Ausbildungsbestandteil Selbsterfahrung.....	25
B.5.1. Begriffsbestimmung	25
B.5.2. Qualitätssicherungsaspekte in der Selbsterfahrung.....	26
B.5.3. Empirische Nachweise der Effektivität der Selbsterfahrung	28
B.5.4. Entwicklung von spezifischen Kompetenzbereichen in der Selbsterfahrung....	32
B.5.5. Schwierigkeiten in der Selbsterfahrung	33
B.6. Psychotherapeutische Kompetenzen – Definition, Erwerb und Überprüfung ..	35
B.6.1. Definitionen	35
B.6.2. Entwicklung von psychotherapeutischen Kompetenzen – Modelle und pädagogische Überlegungen	37
B.7. Mangelnde Eignung bei Psychotherapeuten	41
B.7.1. Schädliche Eigenschaften von Therapeuten.....	41
B.7.2. Auswahlverfahren	42
B.7.3. Umgang mit ungeeigneten Teilnehmern in der Ausbildung.....	44
B.8. Qualitative Datenauswertung	46
C. Fragestellungen.....	49
D. Methodik	50
D.1. Vorgehen und Ablauf des Forschungsgutachtens	50
D.2. Fragebögen und Kontaktierungsstrategien	51
D.2.1. Befragung der Lehrkräfte	51
D.2.2. Befragung der Institutsleitungen.....	53
D.3. Auswertungsstrategien.....	55
D.3.1. Qualitative Auswertungsstrategien.....	55
D.3.2. Quantitative Auswertungsstrategien.....	60
E. Ergebnisse.....	61
E.1. Selbsterfahrung.....	61
E.1.1. Qualitative Ergebnisse der Befragung der Selbsterfahrungsleiter	61
E.2. Supervision.....	68
E.2.1. Qualitative Ergebnisse der Supervisorenbefragung.....	68
E.3. Nichteignung	75

E.3.1. Anteil an ungeeigneten Kandidaten.....	75
E.3.2. Feststellungskompetenz für Nicht-Eignung.....	76
E.3.3. Maßnahmen bei festgestellter Nicht-Eignung.....	76
E.3.4. Auswahlverfahren.....	78
E.3.5. Kriterien für mangelnde Eignung.....	79
E.3.6. Umgang mit mangelnder Eignung aus Sicht der Selbsterfahrung.....	83
E.3.7. Umgang mit mangelnder Eignung aus Sicht der Supervision.....	85
E.4. Psychotherapeutische Kompetenzen	87
F. Diskussion.....	90
F.1. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	90
F.2. Methodische Diskussion.....	91
F.3. Diskussion der Ergebnisse	95
F.3.1. Supervision.....	96
F.3.2. Selbsterfahrung.....	106
F.3.3. Psychotherapeutische Kompetenzen	115
F.3.4. Nichteignung	119
F.3.5. Zusammenfassende Darstellung	134
F.4. Fazit für die Forschung	136
F.5. Fazit für die Praxis.....	137
G. Zusammenfassung.....	139
Literaturverzeichnis	142
Abbildungsverzeichnis	160
Tabellenverzeichnis	161
Anhang.....	162

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychological Association
ATN	AusbildungsteilnehmerInnen
AINST	(psychotherapeutische) Ausbildungsinstitute/Ausbildungsstätten
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CRN	Collaborative Research Network
EAP	European Association for Psychotherapy
EK	Einzelkategorie
GPT	Gesprächspsychotherapie
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KJP	Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn/-psychotherapie
KJPsychTh- APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
OK	Oberkategorie
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PD	Psychodynamisch begründete Verfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie)
PP	Psychologische(r) PsychotherapeutIn/Psychologische Psychotherapie
PsychTh-AprV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PT	Praktische Tätigkeit
SE	Selbsterfahrung / Lehranalyse
SEL	Selbsterfahrungsleiter / Lehranalytiker
SV	Supervision
TfP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VNIS	Vanderbilt Negative Indicator Scale
VPPS	Vanderbilt Psychotherapy Process Scale
VT	Verhaltenstherapie

A. Einleitung

„Die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung kann nur so gut sein wie die Ausbildung der Therapeuten (Reinecker & Schindler, 2009, S. 890).“

Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG, 1998) wurde in Deutschland die Grundlage für den eigenständigen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten¹ und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Im Zuge der staatlichen Anerkennung des Berufes nimmt auch die Sicherung der Qualität eine besondere Rolle ein, sowohl nach Erhalt der Approbation, besonders aber auch während der Ausbildung. Donabedian (1966) unterschied drei Qualitätsdimensionen, die jeweils voneinander abhängen und Auswirkungen aufeinander haben. Auf den Ausbildungskontext bezogen befasst sich die Strukturqualität mit den Rahmenbedingungen der Ausbildung, die Prozessqualität mit der Durchführung und dem Inhalt der Ausbildung und die Ergebnisqualität mit der erreichten Kompetenz der Ausbildungsteilnehmer (Vogel & Schieweck, 2005a).

Die Psychotherapieausbildung stellt außerdem selbst einen Aspekt der Strukturqualität von Psychotherapie dar (Vogel & Schieweck, 2005a). Damit wird die Verantwortung der Ausbildungsinstitute für die Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich. Wie schon Petzold und Märten (1999, S. 351) bemerken, sind „gute Psychotherapieausbildungen [...] eine wesentliche Voraussetzung für effektive, qualitätsvolle und patientengerechte Psychotherapien“.

Im Psychotherapeutengesetz bzw. in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die Qualitätssicherung der Ausbildung zwar nicht direkt (z.B. über Vorschriften zur Evaluation) verankert, wurde jedoch indirekt über die Eingrenzung von Ausbildungszielen, Bestimmungen für die Qualifikation der Lehrkräfte und die Festlegung von Umfang und Setting von verschiedenen Ausbildungsteilen eingebaut (KJPsychTh-APrV, 1998; PsychTh-APrV, 1998; PsychThG, 1998). Die verschiedenen Ausbildungsbestandteile (theoretischer Unterricht, praktische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision und Selbsterfahrung) haben dabei jeweils eigenständige Funktionen für das Erreichen der Ausbildungsziele und der Sicherung der Ausbildungsqualität.

Das Ziel der Psychotherapieausbildung ist die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen (Vogel & Alpers, 2009). Diese sind in der Ausbildungsverordnung (z.B. PsychTh-APrV, 1998; § 1, Abs. 1 und 2) als spezifische Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten definiert, die zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufs notwendig sind (z.B. Kenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren; Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen). Auf wissenschaftlicher Ebene existieren national und international mehrere Definitionen psychotherapeutischer Kompetenzen (zum Beispiel Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2008; Sperry, 2010), die sich hinsichtlich ihrer Breite, ihrer Differenziertheit und der Ausrichtung auf ein

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit die männliche Form verwendet. Die entsprechenden weiblichen Personen sind gleichermaßen gemeint.

bestimmtes Therapieverfahren unterscheiden. Ein ausbildungsübergreifender Konsens über die Definition und den Inhalt psychotherapeutischer Kompetenzen besteht noch nicht. Im Zuge der immer lauter werdenden Forderungen nach einer kompetenzbasierten Ausbildung (Louie, Coverdale, & Roberts, 2004) ist dies jedoch eine elementare Voraussetzung. Hier besteht demnach Diskussionsbedarf zu der Frage, welche Kompetenzen für den psychotherapeutischen Beruf am wichtigsten sind und Basis für die Ausbildung sein sollten.

Auf der anderen Seite wird ein Mangel an Kompetenzen bei einem Psychotherapeuten in der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum bislang nur spärlich diskutiert (Pfäfflin & Kächele, 2005). Die Wichtigkeit einer solchen Diskussion liegt jedoch auf der Hand, da immer mehr Studien darauf hinweisen, dass die Person des Therapeuten eine wichtige Rolle im Prozess einer Psychotherapie spielt. So zeigten Luborsky, McLellan, Diguer, Woody und Seligman (1997), dass sich Psychotherapeuten trotz Training und kontrollierter Manualtreue in ihrer Behandlungseffektivität bedeutsam voneinander unterscheiden. Diese systematischen Unterschiede in der Erfolgsrate von Psychotherapeuten scheinen auch unabhängig von der Symptombelastung der Patienten zu sein (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons & Stiles, 2007; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003). In der Studie von Okiishi und Kollegen (2003) wurden sogar Symptomverschlechterungen bei Patienten berichtet, die von einem weniger erfolgreichen Therapeuten behandelt wurden.

Eine wichtige Konsequenz aus diesen Erkenntnissen wäre, nach den konkreten Eigenschaften zu fragen, die diese weniger erfolgreichen Therapeuten haben. Verschiedene Forscher haben auf der Basis von empirischen Studien (z.B. Mohr, 1995; Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008) zusammengetragen, was einen nicht erfolgreichen bzw. sogar schadhaft wirkenden Therapeuten ausmacht. Doch auch in diesem Zusammenhang gibt es analog zu den psychotherapeutischen Kompetenzen noch weiteren Diskussionsbedarf, welches die wesentlichen Kriterien für eine mangelnde Eignung als effektiver Psychotherapeut sind. Für die Psychotherapieausbildung fehlen hier Definitionen bzw. Kriterien von mangelnder Eignung, wie auch Richtlinien für den Umgang mit Ausbildungsteilnehmern, die sich im Laufe der Ausbildung als nicht geeignet herausstellen. Weiterhin führen Überlegungen zu Kriterien mangelnder Eignung zur Frage der Relevanz und der Gestaltung der Auswahlverfahren für die Psychotherapieausbildung. Nach der Meinung einiger Autoren sind bestimmte Kompetenzen so persönlichkeitsnah, dass sie im Verlauf der Ausbildung nur bedingt förderbar sind (O'Donovan und Dyck, 2001; Vogel & Alpers, 2009). Eine klare Definition von mangelnder Eignung wäre demnach nicht nur ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Ergebnisqualität der Psychotherapieausbildung, sondern auch zu einer Verbesserung der Auswahlverfahren.

Im Hinblick auf das Erreichen der angestrebten psychotherapeutischen Kompetenzen sowie der Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung spielen die Ausbildungs-

bestandteile Supervision und die Selbsterfahrung² eine besondere Rolle (Frank, 1998; Laireiter, 2003). In der Supervision wird durch die Besprechung von Behandlungsfällen mit einem erfahrenen Therapeuten die Arbeit in der praktischen Ausbildung überprüft, das Verständnis des theoretischen Wissens über psychische Störungen sowie die Fähigkeit zur praktischen Anwendung dieses Wissens beurteilt. Somit hat die Supervision in sich eine qualitätsüberprüfende und -sichernde Funktion für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen (Willutzki, 2005; Nodop, Thiel & Strauß, 2010).

Die Selbsterfahrung hat in der Psychotherapieausbildung eine systematische und gezielte Unterstützung des persönlichen wie auch beruflichen Reifeprozesses durch Reflexion zum Inhalt. Eine besondere Aufmerksamkeit liegt auf der Entwicklung therapieförderlicher Stärken und Fähigkeiten (Laireiter, 2009; PsychThG, 1998). Damit erhält auch die Selbsterfahrung im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung eine wichtige Funktion.

Dass diese immanent qualitätskontrollierende Funktion auch zu problematischen Konstellationen führen kann, liegt in der besonderen Situation, dass Supervision und Selbsterfahrung im Ausbildungs- und damit auch in einem Leistungskontext stattfinden. Mehrere Autoren haben auf die dadurch zustande kommenden Schwierigkeiten und Gefahren bereits hingewiesen (Ladany, Hill, Corbett & Nutt 1996; Moller, Timms & Alilovic, 2009; Laireiter, 2003). Daher besteht jeweils Forschungs- und Verbesserungsbedarf, um sicherstellen zu können, dass die Kompetenzentwicklung, die durch diese beiden Ausbildungsbestandteile stattfinden soll, nicht behindert wird.

Die Personen, welche die Ausbildungsqualität wesentlich mitbestimmen und gleichzeitig den größten Einblick in eventuell bestehende Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten haben, sind die Leiter der psychotherapeutischen Ausbildungsstätten, die Supervisoren und die Therapeuten, die die Selbsterfahrung durchführen. Deren Einschätzung von Selbsterfahrung und Supervision sowie zu den Themenbereichen der psychotherapeutischen Kompetenzen, der mangelnden Eignung und Fragen der Auswahl von Ausbildungsteilnehmern stellen wertvolle Anregungen zur Qualitätssteigerung dar.

Die Datengrundlage der vorliegenden Untersuchung bilden Erhebungen aus dem Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung in Deutschland (Strauß et al., 2009), aus denen Antworten von insgesamt 1489 Supervisoren, 768 Selbsterfahrungsleitern und 129 Institutsleitern analysiert werden. Die Auswertungen erfolgen einerseits quantitativ durch Häufigkeitsanalysen und Gruppenvergleiche und andererseits qualitativ nach der Methodik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008).

Das Ziel dieser Arbeit ist zunächst, Problembereiche der Ausbildungsbestandteile Supervision und Selbsterfahrung darzustellen. Diese sollen beurteilt werden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Ausbildungsteilnehmer sowie ihrer Auswirkungen auf das Erkennen von (und den Umgang mit) mangelnder therapeutischer

² Analog zur Formulierung in den Ausbildungsverordnungen (PsychTh-AprV, 1998; KJPsychTh-APrV, 1998) wird der Begriff Selbsterfahrung bzw. Selbsterfahrungsleiter verwendet. Die in den psychodynamischen Verfahren üblicheren Begriffe der Lehranalyse bzw. des Lehranalytikers sind damit ebenso gemeint.

Eignung. Weiterhin werden Verbesserungsvorschläge für die Prozess- und Ergebnisqualität der Selbsterfahrung und Supervision sowie für die Auswahlverfahren dargestellt, die die Sicherung der Ergebnisqualität in der Psychotherapieausbildung zum Ziel haben. Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag geleistet werden zur Behebung des Mangels an wissenschaftlichen Erkenntnissen im Bereich der psychotherapeutischen Kompetenz und der Kriterien mangelnder Eignung sowie im Umgang mit Ausbildungsteilnehmern mit Kompetenzdefiziten. Im Sinne der explorativen Natur der Arbeit werden am Ende Ideen für weiterführende Forschungsfragen entwickelt und Vorschläge zur Implementierung der Erkenntnisse in die Ausbildungspraxis gemacht.

B. Theorie

B.1. Die Psychotherapieausbildung in Deutschland – aktueller Rahmen

Mit dem am 1.1.1999 in Kraft getretenem *Psychotherapeutengesetz* (PsychThG, 1998) wurden zwei neue approbierte Heilberufe mit einem geregelten Berufs- und Sozialrecht geschaffen, der des Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Die Ausbildung für diese neuen Berufe wurde in entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (PsychTh-APrV, 1998; KJPsychTh-APrV, 1998) geregelt, die hohen strukturellen und inhaltlichen Standards unterliegt und zu einer eigenständigen heilkundlichen Approbation führt. Zudem wurde der Begriff „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ gesetzlich geschützt und darf nur von Personen geführt werden, die Ärzte (mit entsprechender Weiterbildung), PP oder KJP sind. Einige Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes hat sich der Fokus von administrativen Problemen auf die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der Ausbildung zukünftiger PsychotherapeutInnen verlagert (Ruggaber, Kuhr, Dresenkamp & Adam, 2005). Vermehrt haben sich Forscher und Ausbildungsteilnehmer (ATN) auch kritisch zu einigen Punkten der Psychotherapieausbildung geäußert. Ein mit zunehmender Vehemenz vorgetragenes Problem ist die weitgehend unregelte ökonomische und inhaltliche Situation der ATN während der *praktischen Tätigkeit* (Groeger, 2003; Ruggaber, 2005). In der *theoretischen Ausbildung* werden zahlreiche Inhalte gelehrt, die redundant zu den Inhalten im Diplomstudiengang Psychologie sind (Kröner-Herwig, Fydrich & Tuschen-Caffier, 2001). Aufgrund dieser inhaltlichen Überschneidungen plädieren Vogel, Ruggaber und Kuhr (2003) für eine Anrechnungsmöglichkeit entsprechender Lehrveranstaltungen.

Für die häufig kritisierten *unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen* zur Ausbildung von PP und von KJP ist weiterhin eine Anpassung an die in Folge der Bologna-Reform eingeführten Bachelor- und Masterstudiengänge notwendig (Groeger, 2006; Vogel et al., 2003). Für den Studiengang PP werden nur Personen mit einem Diplom in Psychologie oder einem dem äquivalenten Studiengang zugelassen. Für die Qualifikation zum KJP sind zusätzlich Grundberufe wie Soziale Arbeit, Sozial- und Heilpädagogik, Erziehungswissenschaften und Lehramtsberufe anerkannte Abschlüsse (Ruggaber, 2008, Strauß et al., 2009). Nicht zuletzt stellen sich in der Zukunft *versorgungspolitische und berufsrechtliche Fragen*, da mit der sinkenden Zahl medizinischer Hochschulabsolventen eine sinkende Zahl an weitergebildeten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie einhergeht. Berufsrechtlich betrifft dies unter anderem die Abgrenzung zur ärztlichen Psychotherapie und die Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur Verordnung bestimmter Psychopharmaka bzw. deren allgemeiner Kompetenzerweiterung (z.B. Einweisungsrecht) (vgl. Freyberger, 2006; LeVine, 2007).

Aus diesen genannten Gründen wurde vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein „*Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*“ in Auftrag gegeben, welches am 9. April 2009 von der Forschergruppe um Prof. Strauß (Strauß et al., 2009) an die damalige Bundesgesundheitsministerin Frau Ulla Schmidt übergeben wurde. Das Forschungsgutachten sollte die bisherige Ausbildung von Psychotherapeuten bewerten und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung erarbeiten.

B.1.1. Die psychotherapeutische Ausbildungslandschaft in Deutschland

Aktuell bestehen deutschlandweit insgesamt 173 staatliche beziehungsweise staatlich anerkannte Ausbildungsstätten/Ausbildungsinstitute (AINST) für PP sowie für KJP. Die aus unterschiedlichen Organisationsformen (zum Beispiel Vereine, GmbHs, GbRs, Studiengänge) bestehenden Ausbildungsstätten haben sich größtenteils in bundesweitübergreifenden Ausbildungsverbänden zusammengeschlossen (Ruggaber, 2008). Im Rahmen des Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009) zeigte sich für die Verteilung der Vertiefungsverfahren, dass 25% der Ausbildungsstätten (n=43) in Analytischer Psychotherapie und 45% der Ausbildungsinstitute (n=78) in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ausbilden, wobei an 37 Ausbildungsstätten (39%) diese beiden Verfahrensrichtungen gemeinsam in Form einer so genannten „Verklammerten Ausbildung“ angeboten werden. Eine Ausbildung in Verhaltenstherapie ist an 82 Instituten (47%) möglich. Zudem sind 2 Ausbildungsstätten (1%) gesprächstherapeutisch ausgerichtet. Die Ausbildung zum KJP bieten 44% der Institute (n=76) an und 156 Institute (90%) bilden PP aus. Beide Ausbildungsgänge bieten 56 Ausbildungsstätten (32%) an. Nach Erhebungen im Rahmen des Forschungsgutachtens im Sommer 2008 wird von etwa 11.000 Ausbildungsteilnehmern (ATN) ausgegangen. Davon streben ca. 7.900 ATN (72%) einen PP-Abschluss an (VT 5.700, PD 2.180 und GPT 30) und ca. 3.000 ATN (27%) einen KJP-Abschluss (VT 1.850, PD 1.150). Die Grundgesamtheit der Lehrkräfte wird auf ca. 5.600 Personen geschätzt (Strauß et al., 2009).

B.1.2. Das Ausbildungsziel

Ein Ausbildungsziel wird im Psychotherapeutengesetz explizit nicht genannt, es wird lediglich die Ausübung des Berufes des/der Psychotherapeuten/in definiert, was der Definition von Psychotherapie nach Strotzka (1978) nahe kommt: „*Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten,*

die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“ (PsychThG, 1998, §1).

In der Ausbildungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten findet sich explizit ein Abschnitt zum Ziel der Ausbildung:

„Die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt auf der Grundlage von Ausbildungsplänen und erstreckt sich auf die Vermittlung von eingehenden Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie auf eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren. Sie ist auf der Grundlage des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes praxisnah und patientenbezogen durchzuführen. Die Ausbildung hat den Ausbildungsteilnehmern insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die erforderlich sind, um 1. in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und 2. bei der Therapie psychischer Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage des Patienten auf den wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln zu können (Ausbildungsziel).“ (PsychTh-APrV, 1998; § 1).

Das Ausbildungsziel bezieht sich also auf theoretisches Wissen (Kenntnisse) und praktisches Wissen (Fähigkeiten und Fertigkeiten) als Handlungsbasis bei Patienten mit psychischen Störungen sowie auf die Art des Handelns (mit ethischen Grundlagen von Psychotherapie, eigenverantwortlich, selbständig).

Für die mündliche Prüfung wird explizit ein Prüfungsziel genannt: Der Kandidat soll zeigen, *„..., dass er über das für die Tätigkeit der Psychologischen Psychotherapeuten erforderliche eingehende Wissen und Können verfügt, in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der beruflichen Praxis anzuwenden und zu eigenständiger wissenschaftlich begründeter Diagnostik und psychotherapeutischer Krankenbehandlung befähigt ist.“ (PsychTh-APrV, 1998; § 17).*

B.1.3. Ausbildungsbestandteile

Der gesetzlich vorgeschriebene zeitliche Umfang der Psychotherapieausbildung beträgt mindestens 4200 Stunden. Die Psychotherapieausbildung kann entweder in Vollzeitform (drei Jahre) oder in Teilzeitform (fünf Jahre) abgeleistet werden. Im Folgenden werden kurz die Ausbildungsbestandteile mit ihren Stundenumfängen und Inhalten beschrieben. Ausführlicher ist dies bei Strauß et al. (2009) sowie direkt in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nachzulesen (PsychTh-APrV, 1998).

Theoretische Ausbildung

Die Theoretische Ausbildung umfasst mindestens 600 Stunden und dient zur Vertiefung und Erweiterung des psychotherapeutischen sowie psychodiagnostischen Wissens der Ausbildungsteilnehmer. Hierbei werden zunächst in 200 Stunden Grundkenntnisse

vermittelt, deren Inhalte für alle Verfahren sowie Ausbildungsgänge gleich sind. Neben Grundlagen verschiedenster Bereiche der Psychologie, Medizin und Pharmazie werden unter anderem Inhalte zu Krankheitslehren, Forschungsmethoden und Berufsethik und -recht vermittelt. In den weiteren 400 Stunden der vertieften Ausbildung werden auf Basis der Kenntnisse des jeweiligen Vertiefungsverfahrens Behandlungskonzepte, -techniken und deren Anwendung, Krisenintervention als auch Theorie und Praxis der Diagnostik gelehrt. Die Vermittlung der Inhalte erfolgt in Vorlesungen, Seminaren und praktischen Übungen.

Praktische Ausbildung und Supervision (SV)

Die praktische Ausbildung ist Teil der vertieften Ausbildung und dient dem Erwerb sowie der Vertiefung von Kenntnissen und praktischen Kompetenzen bei der Behandlung von Patienten. Sie umfasst mindestens 600 Behandlungsstunden unter Supervision. Mindestens 150 Supervisionsstunden von mindestens sechs Patientenbehandlungen sind durchzuführen. Davon sollen mindestens 50 Stunden als Einzelsupervision, der Rest kann in Gruppensupervisionen von 4 Personen durchgeführt werden. Die Supervision sollte außerdem nicht bei einem Supervisor durchgeführt werden, sondern von mindestens drei verschiedenen. Während der praktischen Ausbildung hat der Ausbildungsteilnehmer mindestens sechs anonymisierte schriftliche Falldarstellungen über eigene Patientenbehandlungen zu erstellen.

Selbsterfahrung (SE)

In der Selbsterfahrung werden unter anderem die persönlichen Voraussetzungen für therapeutisches Handeln unter Einbeziehung der Biographie der Ausbildungsteilnehmer sowohl reflektiert als auch modifiziert. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen des Psychotherapeutengesetzes fordern mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung, deren Ausrichtung dem Vertiefungsverfahren der Ausbildung entsprechen soll. Bezüglich des Settings (Gruppen- oder Einzelsetting) bestehen keine Forderungen. Die Selbsterfahrung wird durch Selbsterfahrungsleiter (SEL) durchgeführt, welche anerkannte Supervisoren sein müssen.

Praktische Tätigkeit

In der mindestens 1800 Stunden umfassenden Praktischen Tätigkeit sollen die ATN praktische Erfahrungen in der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert und Kenntnisse anderer Störungen erwerben. Davon sind 1200 Stunden in einer klinisch-psychiatrischen Einrichtung abzuleisten, welche zur Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist. Die weiteren 600 Stunden sind in einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung zu erbringen, die der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung dient. Während der praktischen Tätigkeit in der psychiatrischen klinischen Einrichtung ist der ATN an der Diagnostik und der Behandlung von mindestens 30 Patienten (Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche) beteiligt.

Freie Spitze

Von den 4200 gesetzlichen Mindeststunden sind nach den psychotherapeutischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen 930 Stunden inhaltlich nicht festgelegt und werden als „Freie Spitze“ bezeichnet. Hierbei werden die inhaltlichen Schwerpunkte von den einzelnen AINST gesetzt und sind je nach Vertiefungsverfahren verschieden (z.B. ergänzendes Selbststudium in angeleiteten Arbeitsgruppen oder Zeit für die Lehranalyse).

Staatliche Prüfungen

Die Prüfungen sollen den Grad der „Zielerreichung“ der Ausbildung feststellen und gewährleisten, dass nur diejenigen Ausbildungsteilnehmer approbiert werden, die die notwendigen Kompetenzen erworben haben (Vogel & Schieweck, 2005b). Die staatliche Prüfung setzt sich aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil zusammen. Der schriftliche Teil der staatlichen Prüfung wird vom IMPP durchgeführt und erstreckt sich dabei über 120 Minuten auf die gelehrtten Grundkenntnisse und wird in Multiple-Choice-Form abgefragt. Die mündliche Prüfung wird von den Ausbildungsstätten durchgeführt und ist auf die im entsprechenden Vertiefungsverfahren gelehrtten Kenntnisse ausgerichtet. Sie prüft die Fähigkeit zur Reflexion der Fallarbeit zunächst in einer 30-minütigen Einzelprüfung, auf welche eine 120-minütige Gruppenprüfung mit vier Prüflingen folgt.

B.1.4. Die Tätigkeit als Lehrkraft an einer Ausbildungsstätte

In Anlehnung an ein Modell von Adam (2004; nach Ruggaber et al., 2005) haben die Lehrkräfte (z.B. Dozenten für den theoretischen Unterricht, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter) als Teil der Ausbildungsleitung - neben den gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen - einen zentralen Einfluss auf die Qualität der Psychotherapieausbildung. Sie tragen wesentlich zur Gestaltung der Ausbildung bei. Die Anforderungen an die Lehrkräfte sind dementsprechend hoch:

- Die Ausübung der Tätigkeit als Supervisor ist an Qualifikationskriterien gebunden, nach denen neben einer mindestens fünfjährigen Tätigkeit als approbierter Psychotherapeut zusätzlich eine wenigstens dreijährige Lehrtätigkeit an einer Ausbildungsstätte nachzuweisen sind (PsychThG, 1998). Ein weiteres Kriterium ist die persönliche Eignung zum Supervisor. Hier liegt von gesetzlicher Seite keine Konkretisierung vor, es kann davon ausgegangen werden, dass sie von der jeweiligen Ausbildungsstätte unsystematisch überprüft wird. Eine spezifische Supervisorenausbildung wird vom Gesetzgeber nicht verlangt.

- Für die Selbsterfahrungsleiter gelten die gleichen Voraussetzungen, da hier die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung besagt, dass diese auch als Supervisoren anerkannt sein sollen (PsychTh-APrV, 1998). Weiterhin ist vorgeschrieben, dass sich die Ausbildungsteilnehmer in keinem verwandtschaftlichen, wirtschaftlichen oder dienstlichen Verhältnis zum Supervisor zu befinden haben.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beinhaltet, dass die Anerkennung als Supervisor von den Ausbildungsstätten regelmäßig überprüft werden soll (PsychTh-APrV, 1998), ohne Konkretisierung des Zeitraumes. Eine Befragung der Landesprüfungsämter (LPA) ergab, dass die Anerkennung für Supervisoren in der Mehrzahl (n=10 von 16 Landesprüfungsämtern) unbefristet erfolgt (Strauß et al., 2009, S.76).

Kuhr (2005) bezeichnet die bisherige Praxis der Supervision als „naturwüchsig“, da die Vorbereitung der Supervisoren auf deren Tätigkeit eher individuell geschieht. Im Bereich der Verhaltenstherapie existieren jedoch in Deutschland bereits entsprechende Fortbildungen (z. B. beschrieben bei Willutzki, 2005) und auch für die analytischen/tiefenpsychologischen Ausbildungen werden Supervisoren an den Instituten bzw. bei Fachtagungen und Konferenzen supervidiert und geschult (Nodop et al., 2010).

B.2. Ausbildungsforschung in der Psychotherapie

Ausbildungsforschung kommt nach Laireiter und Botermans (2005, S. 53) „in Mode“. Eine relativ große Anzahl an Befunden zu diesem Forschungsgegenstand liegt bereits vor. Der Anteil ist jedoch im Vergleich zu Studien im Bereich Psychotherapieergebnis- und prozessforschung relativ und immer noch zu gering (Strauß & Kohl, 2009). Nach Strauß und Kohl (2009) lassen sich Befunde zur Ausbildungsforschung im Bereich der Psychotherapie in vier Bereiche unterteilen, die in Tabelle B.2-1 dargestellt sind. Das dort dargestellte Schema ist angelehnt an das Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky und Howard (1987, zitiert nach Strauß & Kohl, 2009) und beinhaltet Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapieausbildungen (Input, Prozess, Output; siehe Kapitel B.4.3). Übersichten zu aktueller Forschung in diesen Bereichen finden sich zum Beispiel bei Laireiter und Botermans (2005), Strauß und Kohl (2009) sowie bei Stippler (2011). Im Rahmen dieser Arbeit soll nicht auf den Stand der Ausbildungsforschung allgemein eingegangen werden, sondern spezifisch auf aktuelle Ergebnisse in den Bereichen der Ausbildungsbestandteile Supervision (Kapitel B.4) und Selbsterfahrung (Kapitel B.5) sowie auf Forschung zu Kompetenzentwicklung (Kapitel B.6) und mangelnder Eignung (B.7).

Tabelle B.2-1: Schema zur Ordnung von Befunden zur Psychotherapieausbildung (aus: Strauß & Kohl, 2009)

Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur • Gesetzliche, ethische, soziale und finanzielle Regulierungen/Grundlagen der Psychotherapie • Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen • Genereller Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem
Input	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Hintergrund der Ausbildungsteilnehmer, Motive für die Berufswahl • Persönlichkeit (Selbsteffizienz, Vulnerabilität etc.) • Vorerfahrungen, klinische Erfahrungen • Wahl des Verfahrens • Motivation, spezielle Interessen (Methoden, Orientierungen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungseinrichtung, Lehrkräfte, Lehrtherapeuten, Supervisoren: • Programmbestandteile/Curriculum, Lehrkonzept, Psychotherapiekonzept • Zulassungsvoraussetzungen, Aufnahmebedingungen • Qualifikation des Lehrpersonals • Standards der Qualitätssicherung
Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsziele, -inhalte und -konzepte (Fokus: z.B. verfahrens- vs. störungsorientiert), Qualität der Ausbildung, • Operationalisierungen (z. B. Helping Skills), Trainingsaspekte • Fertigkeiten (Entwicklung und Bewältigung) • Gruppenprozesse innerhalb der Ausbildungsgruppe, der Einrichtung, der Supervisionsgruppe etc. • Negative Effekte • Allgemeine Entwicklung (Individualisierung, Autonomie, Abhängigkeit, (Über)-Identifizierungen) • Ausbildungskomponenten: Selbsterfahrung, praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision, Hospitationen, zusätzliche Angebote • Evaluation
Output	<ul style="list-style-type: none"> • Mikro- und Makro-Outcome • Expertise/Kompetenz • Negative Effekte • Professionelle Integration, lebenslanges Lernen, Interessenverlagerung • Sozialisation nach der Ausbildung, persönliches Wachstum • Belastungen und Selbstfürsorge

B.3. Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung

Die Berufsstände des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden mit dem In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes Teil des Gesundheitssystems. Damit einhergehend werden für die Psychotherapie Qualitätssicherungsmaßnahmen aus gesundheitspolitischen und -ökonomischen Gründen notwendig. Nach Ruggaber et al. (2005) haben Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Psychotherapieausbildung zwei wichtige Funktionen: das Liefern von Daten zur Effektivität und Effizienz von Psychotherapie für die Forschung und das Überprüfen und Verbessern der Qualität der Ausbildung. Das gängige Vorgehen der Qualitätsüberprüfung in der

Psychotherapieausbildung ist eine Evaluation über die Teilnehmerzufriedenheit – meist über die theoretischen Ausbildungsbestandteile, zunehmend jedoch auch über Selbsterfahrungsgruppen oder die Gesamtausbildung. Nach aktuell existierenden Konzepten des Qualitätsmanagements spielen aber neben der Teilnehmerzufriedenheit z.B. auch effiziente Betriebsabläufe eine Rolle (Vogel & Schieweck (2005b)). Die psychotherapeutischen AINST und Dachverbände haben sich allerdings bislang nicht für einen einheitlichen Prozess der Qualitätssicherung entschieden (Hiller, Wagner & Benecke, 2008).

Die Definition von Qualität im Gesundheitswesen wie auch im Bildungswesen ist schwierig und oft divergent (Vogel & Schieweck, 2005a). Ausgangspunkt kann jedoch eine Definition der Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO) sein: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder voraus gesetzter Erfordernisse beziehen“ (ISO 9004, 1991, zitiert nach Vogel & Schieweck, 2005a). Weiterhin lässt sich Qualität als Annäherung des 'Ist-Wertes' an einen 'Soll-Wert' definieren (Vogel & Schieweck, 2005a). Die Sicherung der Qualität erfolgt durch das Aufdecken und Analysieren von Fehlern, um diese anschließend durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen (Vogel & Schieweck, 2005a). Für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung wird zurückgehend auf Donabedian (1966) die Qualität in den drei Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis unterschieden, welche in enger Wechselwirkung miteinander stehen (Kuhr, 2005). In Abbildung B.3-1 sind die Qualitätsbereiche in Bezug auf die Psychotherapieausbildung dargestellt und werden im Folgenden erläutert. Das in Kapitel B.2 beschriebene Schema der Psychotherapie-Ausbildungsforschung ähnelt der Aufteilung nach Donabedian (1966) sehr stark. Da das Orlinsky-Howard-Modell eher der Ordnung von Forschungsbefunden dient, wird im Folgenden das Qualitätsdimensionsmodell nach Donabedian (1966) verwendet, welches einen spezifischen Fokus auf Qualitätssicherung beinhaltet.

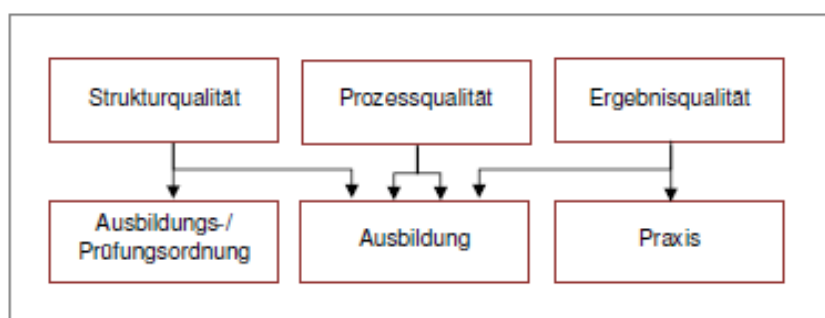


Abbildung B.3-1: Qualitätsbereiche in der Psychotherapieausbildung (nach Vogel & Schieweck, 2005a, übernommen aus Frühauf, 2009)

B.3.1. Strukturqualität

Zur Strukturqualität tragen alle zeitlich relativ konstanten Charakteristika eines Systems bei und zur Beurteilung dieser werden alle Voraussetzungen berücksichtigt, die zur Durchführung –in diesem Falle– der Psychotherapieausbildung zu erbringen sind (Kuhr, 2005). Bezogen auf die Psychotherapieausbildung bezieht sich die Strukturqualität nach Kuhr (2005) auf folgende Aspekte:

- gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (Gesetze)
- baulich-räumliche Aspekte (Lage, Räume, technische Ausstattung, Bibliothek)
- Organisation (Träger, Zugangsvoraussetzungen, Gruppengrößen, Kosten, personelle Aspekte, Formalitäten, Transparenz von Abläufen, Planung der Veranstaltungen)
- Organisation/Psychohygiene (Betriebsklima, transparente Entscheidungsprozesse, Einbeziehung der Teilnehmer in Planung und Entscheidungen, Maßnahmen zur persönlichen Stützung der Teilnehmer, außercurriculare soziale Veranstaltungen)
- Finanzen (Wirtschaftlichkeit des AINST)
- Personal (inhaltlich-konzeptuelle Verantwortung der Leitung, Problemlösefähigkeit der Leitung, Qualifikation/Weiterbildung der Lehrkräfte)
- Qualifikation der ATN (beruflicher Abschluss, persönliche Eignung)
- Curricula (Konzept, Inhalte, Bezug der Elemente aufeinander, Revision/Anpassung der Curricula an Forschungsstand und Fähigkeiten der ATN, Evaluationsverfahren)

Ein wesentlicher Punkt der Strukturqualität ist nach Kuhr (2005) die Etablierung eines wie auch immer gestalteten Qualitätsmanagementsystems, mit dem systematisch Rückmeldungen zur Zufriedenheit und Zielerreichung mit den Ausbildungsbestandteilen eingeholt werden sowie zur Effektivität der Patientenbehandlungen. Aus diesen Routineevaluationen können sich nach Kuhr (2005) Standards und Verfahrensabläufe (weiter-)entwickeln sowie eventuelle Beschwerden und Vorkommnisse dokumentiert werden, um daraus Qualitätsprofile für das jeweilige AINST zu erstellen. Solche Routineevaluationen können nach Kuhr (2005) durch verschiedene Methoden umgesetzt werden:

- Befragungen zur Güte der Verknüpfung der Ausbildungsbestandteile
- Bewertung der Curricula nach Forschungsstand durch externe Gutachter
- Selbsteinschätzungen der ATN hinsichtlich der Ausbildungszielerreichung
- Verlaufsmessungen der Ausbildungstherapien
- Begutachtung ökonomischer Aspekte

Die Aufrechterhaltung eines hohen Standards eines solchen Qualitätsmanagementsystems ist jedoch mit einem erheblichen finanziellen wie auch personellen Aufwand verbunden (Borg-Laufs, 2005; Kuhr, 2005). Allerdings unterstreicht z.B. Kordy (1992; in Frank, 1998), dass eine solche Qualitätssicherung nicht nur Aufwand bedeutet, sondern auch ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess ist, der auch Grundlage für Ausbildungsbegleitforschung sein kann.

B.3.2. Prozessqualität

Prozessqualität zeichnet sich durch gute Entwicklungsprozesse aus. Für den Fall der Psychotherapieausbildung fließt die Umsetzung des Curriculums und des Ablaufs der einzelnen Ausbildungsbestandteile in die Prozessqualität ein. Der Prozess der Ausbildung soll so gestaltet werden, dass am Ende „gute Therapeuten“ ausgebildet worden sind. Wesentlich ist hierbei die Art der Gestaltung des Ausbildungsprozesses, in dem das Ziel verfolgt wird, Psychotherapeuten mit einem breiten Repertoire an therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten auszubilden.

Um eine hohe Prozessqualität zu erreichen, werden neben der inhaltlichen Abstimmung der einzelnen Ausbildungselemente aufeinander sowohl gruppendynamische Prozesse wie auch die soziale Integration der Ausbildungsteilnehmer berücksichtigt. Prozessqualität ist somit nicht nur vom AINST abhängig, sondern entsteht in Interaktion mit den ATN.

Elemente, die zur Beurteilung der Prozessqualität berücksichtigt werden müssen, sind (Borg-Laufs, 2005):

- die Umsetzung der einzelnen Ausbildungsbestandteile,
- die Vernetzung der Ausbildungsbestandteile zu einem Prozessgeschehen (Anpassung an das Vorwissen der ATN, Abfolge des Lernstoffes vom allgemeinen zum besonderen Wissen, hin zu größerer Praxisnähe)
- günstige Lernformen in den jeweiligen Ausbildungselementen, wie z.B. Microteaching, Feedback, Instruktionen, Fallstudien
- zielorientierte, angemessene Evaluationen und Rückmeldung bzw. Umsetzung von Ergebnissen der Evaluationen
- Prozedere bei Nichteinhalten von Qualitätsstandards oder zum Umgang mit problematischen Teilnehmern

B.3.3. Ergebnisqualität

Für die Ergebnisqualität kann zum einen das Gesamtergebnis des Ausbildungsprozesses bedeutsam sein, welches die insgesamt erreichte Qualifikation und fachlich-therapeutische Kompetenz der ATN betrifft. Zum anderen kann diese auch auf die Evaluation der einzelnen Ausbildungsbausteine bezogen sein. Als allgemeiner Standard werden hierzu Zufriedenheitsbeurteilungen der entsprechenden Personen herangezogen (Hiller et al., 2008). Im Sinne der Annäherung eines Ist- an einen Soll-Wert (Qualitätsdefinition von Vogel & Schieweck, 2005b) muss für die Bestimmung der Qualität und insbesondere der Ergebnisqualität zunächst ein Soll-Wert für die Psychotherapieausbildung definiert werden. Das Soll-Ergebnis für die Psychotherapieausbildung wird schon in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Form eines Ausbildungszieles (siehe auch Kapitel B.1.2) beschrieben. Das Ausmaß des Erreichens dieses Zieles würde dann die Ergebnisqualität der Psychotherapieausbildung darstellen.

Neben der Definition des Ausbildungszieles und damit des Soll-Wertes spielt die Messung des Soll-Wertes bzw. des aktuellen Standes, des Ist-Wertes eine große Rolle. Hierzu zählen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren der psychotherapeutischen Kompetenz.

Im Rahmen der derzeitigen Psychotherapieausbildung wird die Ergebnisqualität durch

- Zwischenprüfungen bzw.
- die staatlichen Abschlussprüfungen überprüft bzw.
- durch (bislang) unsystematische Überprüfungen innerhalb der Ausbildungsbestandteile, wie zum Beispiel der Supervision und der Selbsterfahrung.

Zwischenprüfungen zur Beurteilung der psychotherapeutischen Kompetenz sind durch das Psychotherapeutengesetz nicht vorgesehen. Einige Institute nehmen diese jedoch vor, um zur praktischen Ausbildung zuzulassen und um gegebenenfalls ATN mit Kompetenzdefiziten zurückzuhalten.

In den *staatlichen Prüfungen* wird zur Überprüfung der Ergebnisqualität wird ein auf Expertenkonsens basierender ein Wissenskanon abgefragt. Für die schriftlichen Prüfungen ist dies fast ausschließlich formales Fachwissen. Für die mündlichen Prüfungen spielen auch Beurteilungs- und Entscheidungskompetenzen eine Rolle. Allerdings ist die prognostische Qualität der Prüfungsanforderungen für die psychotherapeutische Fachkompetenz in der Berufspraxis ungeklärt (Vogel & Schieweck, 2005b).

Unsystematische Überprüfungen der Ergebnisqualität können durch Selbst- oder Fremdbewertungen der Kompetenz geschehen. Die kontinuierliche kritische Selbstbewertung hat für das Ausbildungsziel der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit eine hohe Bedeutung. Sie kann im Rahmen der Selbsterfahrung geschehen, sowie durch regelmäßige Diskussionen über den Lernfortschritt in Kleingruppen bzw. mit Supervisoren. Fremdbeurteilungen der psychotherapeutischen Kompetenz geschehen im Rahmen der Supervision, der Selbsterfahrung oder durch die Beurteilung von Falldokumentationen selbst durchgeführter Behandlungen.

Die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich im Gebiet der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung auf verschiedenen Ebenen betrachten und sind somit zur Ordnung von Fragen der Qualitätssicherung und der Ausbildungsforschung sehr hilfreich (Vogel & Schieweck, 2005a). In Abbildung B.3-2 sind diese Ebenen mit Beispielen dargestellt. An diesem Schema lässt sich sehen, dass die Psychotherapieausbildung ein Aspekt der Strukturqualität von Psychotherapie ist (Kuhr, 2005). Die Ausbildung, die ein Therapeut „genossen“ hat, ist ein wichtiger Aspekt für die spätere Qualität seiner Therapien (Reinecker & Schindler, 2000). Die Ausbildungsqualität kann ebenso auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis betrachtet werden. Diese Unterteilung lässt sich dann nochmals für die einzelnen Ausbildungsbestandteile anwenden (z.B. Prozessqualität von SE), wie z.B. auch Kuhr (2005) beschreibt.

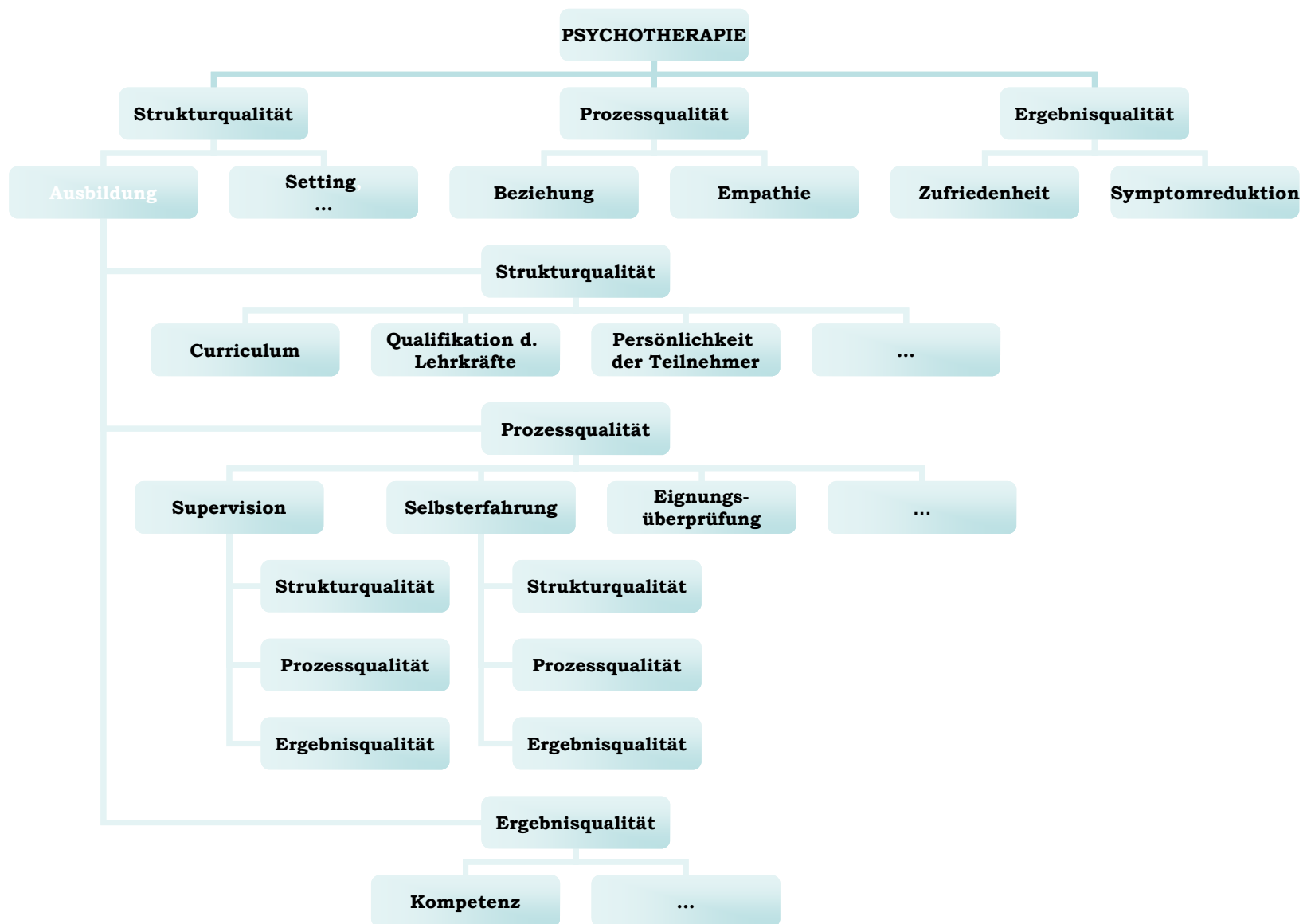


Abbildung B.3-2: Schema zu Qualitätsbereichen und -ebenen in der Psychotherapie(-ausbildung)

B.4. Der Ausbildungsbestandteil Supervision

B.4.1. Begriffsbestimmung

Es gibt mittlerweile sehr viele unterschiedliche Definitionen von Supervision, die sowohl berufs- als auch kontextabhängig sind und sich auch im internationalen Vergleich durchaus unterscheiden. Vom sprachlichen Ursprung her setzt sich der Begriff aus den lateinischen Worten „super“ (von oben, darüber) und „videre“ (sehen, erkennen) zusammen. Die Ursprünge der Supervision liegen in der amerikanischen Sozialarbeit. Dort entwickelte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Supervision als eine administrative Funktion in Organisationen zur Unterstützung und Kontrolle der Aufgabenerfüllung von Führungspersonen (Schreyögg, 2004; zitiert nach Thiel, 2010). Aus heutiger Sicht ist Supervision nach Definition der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv, 2010, zitiert nach Thiel, 2010, S. 12) „eine zur Qualitätssicherung der beruflichen Arbeit eingesetzte Beratungsmethode, in der psychische, soziale und institutionelle Faktoren berücksichtigt werden“. Im Rahmen der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung liegt das vorrangige Ziel der Supervision in der Erhöhung der professionellen Kompetenz des ATN im Umgang mit Patienten (Frank, 1998).

Bernard und Goodyear (2004) definieren Supervision als eine Intervention, die durch ein erfahrenes Mitglied einer Profession an einem weniger erfahrenen Mitglied einer Profession ausgeübt wird. Die Beziehung ist bewertend, hat eine gewisse zeitliche Dauer, und hat die gleichzeitigen Ziele, die professionelle Funktion des weniger erfahrenen Supervisanden zu verbessern, die Qualität der professionellen Dienste am Patienten zu überwachen und als „Türhüter“ für den Eintritt in die Profession zu fungieren (S. 8, eigene Übersetzung).

Im Unterschied zur Praxissupervision steht für den Ausbildungskontext nach Schmelzer (1997) die pädagogisch-didaktische Vorgehensweise des Lehrens und Lernens im Bezug auf Methoden- und Kompetenzerwerb im Vordergrund. Dabei überprüft und überwacht der Supervisor den Supervisanden hinsichtlich der zu erlernenden Fertigkeiten und trägt gleichzeitig Verantwortung für den Behandlungsverlauf (Seiters, 2007, 2009). Neben der Praxisanleitung liegt ein weiterer Fokus der Supervision auf der Bearbeitung des Lernzielkatalogs des jeweiligen Ausbildungscurriculums. Somit besteht evtl. für jedes psychotherapeutische Vertiefungsverfahren bzw. auch für jedes AINST ein eigenes Supervisionskonzept mit unterschiedlichen Zielen. Insgesamt wird die Supervision (vor allem) im Ausbildungskontext immer über die zwei Aspekte der Kompetenzförderung und Kompetenzbewertung definiert.

B.4.2. Modelle von Supervision

Konzeptuelle Arbeiten zur Supervision beschäftigen sich mit unterschiedlichen Modellen der Supervision. Meist wird einerseits zwischen Modellen unterschieden, die sich aus den

formalen Veränderungstheorien der Therapiemodelle ableiten oder andererseits zwischen verschiedenen Entwicklungsmodellen von Supervision.

Modelle entlang formaler Veränderungstheorien:

Im psychodynamischen Modell der Supervision beispielsweise wird die Ähnlichkeit zwischen Psychotherapie und Supervision (parallele Prozesse) fokussiert, was sich darin ausdrückt, dass ein guter Psychotherapeut oft auch als guter und fähiger Supervisor gilt. Grundlage dieses Modells ist die Erarbeitung von Einsichten und Verständnis für den psychotherapeutischen Prozess (z. B. Ladany, Friedlander & Nelson, 2005). Nach Auckenthaler (1999) ist der gemeinsame Nenner die „Fokussierung auf die Bewusstmachung und Bearbeitung der Konflikte sowie auf die Beziehungsdynamik zwischen Klient, Therapeut und Supervisor“ (S. 141).

Nach Willutzki (2005) kommen im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie die in der Therapietheorie als wesentlich angesehenen Veränderungskonzepte, diagnostischen Vorstellungen und in der Psychotherapie genutzten Methoden auch in der supervisorischen Arbeit zum Tragen. In den vergangenen 10 Jahren haben aber auch beziehungsseitige und motivationale Aspekte deutlich an Bedeutung in der Supervision zugenommen (Willutzki, 2005).

Entwicklungsmodelle der Supervision sehen den Lernprozess quasi als Prozess der menschlichen Entwicklung. Sie gehen von einem Ziel aus, auf das sich die Supervisanden hinzu entwickeln. Diese überwiegend in der Ausbildungssupervision angewandten Modelle berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse der werdenden Therapeuten in verschiedenen Phasen. Bei dem Entwicklungsmodell wird der Supervisand anfänglich als noch unerfahren und eingeschränkt aufgefasst; mit laufender Erfahrung erreicht er dann immer mehr ein kollegiales Niveau mit dem Supervisor. Beispiele sind das Vier-Phasen-Modell von Hogan (1964, zitiert nach Willutzki, 2005) oder ein Fünf-Phasen-Modell von Stoltenberg, McNeil und Delworth (1997; zitiert nach Willutzki, 2005).

B.4.3. Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision

Hinter den gestellten Fragen zu Supervision im Forschungsgutachten stehen unter anderem Überlegungen zur Qualitätssicherung (Erhaltung der dargestellten positiven Aspekte und Verringerung der negativen Effekte) der Supervision im Gesamtkontext der Ausbildung.

Bei Borg-Laufs (2005), Kuhr (2005) und Vogel & Schieweck (2005b) werden drei verschiedene Qualitätsaspekte auch spezifisch für die Supervision beschrieben. Der Aspekt der Strukturqualität meint im Rahmen der Supervision die finanziellen Konditionen für die Bezahlung der Supervisionsstunden und die räumliche Ausstattung für Einzel- bzw. Gruppensupervisionsstunden (Nodop et al., 2010). Weiterhin sind für eine hohe Qualität der Supervision Dokumentationsbögen oder -systeme für die Erfassung der Qualität der Therapien bzw. der Supervisionsgespräche wichtig sowie Videotechnik für die Aufzeichnung und Wiedergabe der Therapiestunden, die Sicherstellung einer hochwertigen Qualifikation der Supervisoren durch die Ausbildungsstätte und eine Abstimmung der Supervisoren

untereinander (Nodop et al., 2010). Nicht zu vergessen sind auch strukturelle Aspekte wie die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung hinsichtlich des Umfanges, der Frequenz und des Settings der Supervision (PsychTh-APrV, 1998 bzw. KJPsychTh-APrV, 1998).

Als weiterer Qualitätsaspekt gilt die Prozessqualität (Borg-Laufs, 2005). Sie umfasst die pädagogisch-didaktische hochwertige Durchführung der Bestandteile sowie deren Vernetzung (Borg-Laufs, 2005). Qualifizierungsangebote für die Supervisoren zählen damit auch zu Maßnahmen der Prozessqualität. Weiterhin sollten die AINST klare Hinweise geben, welche Anforderungen an die SV gestellt werden, wozu auch die Dokumentationspflicht über Fortschritte der Supervisanden und ggf. die Einleitung von Konsequenzen bei nicht geeigneten ATN gehören würden (Borg-Laufs, 2005). Die Absprache über die Orientierung an einem Entwicklungsmodell der Supervision für die Supervisoren einer Ausbildungsstätte (Borg-Laufs, 2005) ist ein weiterer Prozessqualitätsaspekt.

Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die erreichte psychotherapeutische Kompetenz der ATN (Vogel & Schieweck, 2005b). Obwohl schwierig abzutrennen, werden im Rahmen der Supervision wohl eher methodisch-fachliche Kompetenzen und personale Kompetenzen erworben, weniger reines fachliches Wissen. Eine Überprüfung der Ergebnisqualität findet auch im Rahmen der Supervision statt (Willutzki, 2005). Der Supervisor hat die Aufgabe, Entwicklungspotentiale zu fördern, Kompetenzdefizite zu erkennen und zu bearbeiten bzw. bei festgestellter mangelnder Eignung Konsequenzen einleiten zu müssen (Nodop et al., 2010). Weiterhin kann sich die Ergebnisqualität auch in der Evaluation der Supervision zeigen (z.B. in Zufriedenheitsbewertungen; Nodop et al., 2010).

B.4.3.1. Bestehende Studien zur Qualitätssicherung in der Supervision

Qualitätssicherung wird in der Psychotherapieausbildung auf sehr unterschiedlichem Niveau und nicht systematisch vorgenommen, da die Ausbildungsevaluation bisher nicht in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verankert ist (Nodop et al., 2010). Vielfach werden Beurteilungsbögen von einzelnen Lehrveranstaltungen und Lehrkräften eingesetzt, andererseits werden aber auch in unstandardisierter Form mündliche Rückmeldungen von Ausbildungsteilnehmern eingeholt (Nodop et al., 2010). Dabei sind sozial erwünschte Aussagen aufgrund der fehlenden Anonymität zu erwarten (Nodop et al., 2010). Schon Vogel & Schieweck (2005a), Ruggaber (2005) sowie Ruggaber & Fliegel (2006) beanstanden das mangelnde und vor allem uneinheitliche Qualitätsmanagement in der Ausbildung.

Spezifische Untersuchungen zur Supervision gibt es bislang nur wenige. Eine Studie von Dohrenbusch & Lipka (2006) erforschte Kriterien von Supervisoren für die Beurteilung ihrer Supervisanden. Willutzki, Tönnies und Meyer (2005) haben die Veränderung der therapeutischen Allianz nach Supervisionsepisoden in Ausbildungstherapien untersucht. Langer und Frank (1999) haben mit ihrem Beobachtungsbogen Videoaufzeichnungen von Gruppentherapien hinsichtlich der Ausprägung von therapeutischen Kompetenzkriterien ausgewertet, die als Rückmeldungsbasis für Supervisoren genutzt wurden. Schön, Frank

und Vaitl (2001) haben Ausbildungsteilnehmer befragt, welche Elemente von Gruppensupervision am wichtigsten und am hinderlichsten waren. Oeltze, Ebert und Petzold (2002) evaluierten in einem bisher einmaligen Mehrebenenmodell gleichzeitig auszubildende Supervisoren, deren Supervisanden und schließlich deren Patienten. Sie fanden hohe Zufriedenheitswerte auf allen Ebenen, die sie vor allem auf die gut ausgebildeten Lehrpersonen und deren gute Vernetzung zurückführten.

In zahlreichen empirische Befragungsstudien bewerteten die Ausbildungsteilnehmer und Absolventen die Supervision als sehr positiv und als das wichtigste Element der Psychotherapieausbildung neben der Behandlung von Patienten für die Entwicklung von psychotherapeutischer Kompetenz (Bayer, 2007; Groeger, 2003; Hölzel, 2008; Leitner, Liegl, Märten & Gerlich, 2010; Petzold, Hass & Märten, 1998; Rønnestad & Skovholt, 2005; Sonntag et al., 2009; Zimmer, 2000). Nach Lambert & Ogles (1997) bildet die Supervision in der Psychotherapieausbildung das zentrale Mittel zum Erlernen als auch zur Weiterentwicklung von Psychotherapie sowie zu deren Qualifikationskontrolle und –sicherung. Damit ist Supervision schon in sich ein qualitätssicherndes Ausbildungselement (Borg-Laufs, 2005).

Es besteht dennoch weiterhin ein deutlicher Mangel an Arbeiten, die systematisch die Situation der Supervision evaluieren, zum Beispiel hinsichtlich Fragen wie die Nützlichkeit von Elementen der Supervision, Modelle und Theorien auf deren Basis Supervision durchgeführt wird und deren Effektivität (Nodop et al., 2010).

B.4.4. Empirische Nachweise der Wirkung der Supervision

Wie viele Autoren diskutieren, konnte bisher noch kein eindeutiger empirischer Nachweis der qualitätsverbessernden Wirkung der Supervision erbracht werden (Freitas, 2002; Nyman, Nafziger & Smith, 2010; Schmelzer, 1997; Spence, Wilson, Kavanagh, Strong & Worrall, 2001). Obwohl einige Studien empirische Hinweise zugunsten der Supervision erbrachten (z.B. Bambling, King, Raue, Schweitzer & Lambert, 2006) sind die Resultate gemischt und einige Studien sprechen auch gegen eine empirische nachweisbare effektivitätserhöhende Wirkung der Supervision (z.B. Nigam, Cameron & Leverette, 1997). Allerdings weisen auch einige Autoren, wie zum Beispiel Lichtenberg (2006) darauf hin, dass Forschung über die Effektivität der Supervision äußerst komplex ist, da sie von ihrer Natur her triadisch ist, d.h. den Supervisanden, den Supervisor und den Patienten beinhaltet/beinhalten sollte. Die Wirkung der Supervision darf nicht nur bei den Supervisanden untersucht werden, sondern muss auch, vor allem im Hinblick auf die ethische Funktion der Supervision, die Effektivität der Patientenbehandlungen im Blick haben (Lichtenberg, 2006). Hier gibt es jedoch bislang nur wenige Studien, die einen direkten Link untersucht und gezeigt haben (Goodyear & Guzzardo, 2000). Auf der anderen Seite könnten auch die vielfach vorhandenen positiven subjektiven Einschätzungen der Supervisanden für die Wichtigkeit der Supervision in der Kompetenzentwicklung sprechen.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über den Stand der Effektivitätsforschung gegeben werden, der allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

B.4.4.1. Ist Supervision wirksam?

a. Wirksamkeitsstudien bezogen auf den Patienten

Wie Beutler & Howard (2003) resümieren, ist Supervision ein relativ schwaches Element, um Patientenverhalten verändern zu können. Sie führen an, dass viele Studien nicht-signifikante oder negative Zusammenhänge zwischen der Menge an Supervision und dem Therapieergebnis zeigen. Dies führen sie auf die üblicherweise auf vergangene Therapiestunden („immer zu spät“) fokussierende Art der Supervision zurück und auf den fehlenden Fokus.

Nyman et al. (2010) verglichen die Effektivität von verschiedenen erfahrenen Therapeuten unter Supervision (z.B. langjährig tätige Psychotherapeuten vs. Psychotherapeuten in Ausbildung). Sie fanden keine Unterschiede in Ergebnismaßen bei den Patienten zwischen den verschiedenen Therapeutengruppen. Dies spricht gegen die Hypothese, dass erfahrene Therapeuten effektiver sind, könnte aber für die wichtige Rolle der Supervision sprechen, die hier auch unerfahrene Therapeuten zu effektiven Therapien verholfen hat.

Bambling et al. (2006) wiesen depressive Patienten zufällig zu supervidierten oder nicht supervidierten approbierten Therapeuten zu. Bei allen Patienten kam es zu einer signifikanten Symptomreduktion und zu einem Anstieg in der subjektiv eingeschätzten Qualität der Arbeitsbeziehung zum Therapeuten. Die Patienten, die von supervidierten Therapeuten behandelt wurden, waren allerdings zufriedener mit ihren Therapeuten und brachen die Therapie seltener ab.

Studien von 1981 bis 1997, die sich mit der Wirkung von Supervision auf die behandelten Patienten beschäftigten, stellt Freitas (2002) überblicksartig vor. Neben vielen Studienschwächen berichtet er auch von Studien mit viel versprechenden Ergebnissen. So konnte zum Beispiel Harkness (1995; zitiert nach Freitas, 2002) zeigen, dass es signifikant positive Befunde für die Qualität der Problemlösestrategien des Supervisors, die Güte der Empathie des Supervisors in Bezug auf Ergebnismaße beim Patienten gibt.

Von methodischer Seite gesehen, scheint eine Rückmeldung über die Therapiefortschritte des Patienten am Ende jeder Therapiestunde für die Supervision wichtig zu sein. Patienten von Supervisanden, die dieses Feedback erhielten, verbesserten sich stärker als Patienten von Supervisanden ohne dieses regelmäßige Fortschrittsfeedback (Reese et al., 2009).

Die Anzahl der Studien, die direkte Effekte von Supervision auf Psychotherapiepatienten untersucht haben ist sehr klein, daher ist auch die Ergebnislage nicht für sichere Schlussfolgerungen geeignet. Es gibt jedoch trotz der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes erste Hinweise auf Auswirkungen der Supervision auf die Zufriedenheit der Patienten und deren Zielerreichung. Es sind jedoch weitere Studien

notwendig, die zum Beispiel Variablen wie therapeutische Erfahrung und Supervision trennen. Vorschläge für statistisch hochwertige Studien gibt unter anderem Freitas (2002).

b. Wirksamkeitsstudien bezogen auf den Ausbildungsteilnehmer

Ladany, Ellis und Friedlander (1999) zeigten in einer Prä-Post-Studie, dass Supervisanden nach einem Semester wöchentlicher Supervision vor allem eine höhere Selbstwirksamkeit aufwiesen. Eine höhere Selbstwirksamkeit als Therapeut zeigten auch die supervidierten Therapeuten im Posttest im Vergleich zu den nicht supervidierten Kollegen in einer Studie von Cashwell und Dooley (2001). Qualitative Studien von Clara Hill (Hill, Stahl & Roffman, 2007) legen nahe, dass Supervision den Supervisanden hilft, mit Ängsten umzugehen, ein tieferes Verständnis der therapeutischen Situation zu bekommen und eine bessere Konzeptualisierungsfähigkeit. Durch fehlende Kontrollgruppen kann bei den zwei letzten Studien jedoch nicht zwischen einer Zunahme an therapeutischer Erfahrung und dem Effekt von Supervision unterschieden werden.

In einer Evaluationsstudie von Hopffgarten v. Laer und Mempel (1998) zeigte sich, dass Supervision Vergleich mit anderen Ausbildungsbestandteilen am stärksten zur Entwicklung der Kompetenzen beitrug, mit Ausnahme der Ressourcenaktivierung, für die die Selbsterfahrung den größten Beitrag leistet.

Supervision hat nicht nur Auswirkungen auf die Fähigkeiten des Supervisanden, sondern auch auf seine theoretische Position. Wie Guest und Beutler (1988) zeigten, haben die ersten Supervisionserfahrungen (in der Ausbildung) auch Jahre nach der Ausbildung noch Einfluss auf die geäußerte theoretische Orientierung und die Werte des Psychotherapeuten. Aus einer Befragungsstudie von Zimmer & Zimmer (1998) kann entnommen werden, dass die Einzelsupervision wirksam ist bei der Förderung von Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung (Sicherheit im Umgang mit Patienten, Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens des Patienten, etc.), methodisch-technischer Kompetenzen (Therapieplanung, Anwendung von Verfahren) und des Vertrauens in die eigene Fähigkeit. Supervision in Gruppen wird als am geeignetsten eingeschätzt für die Kompetenzen der Therapiekonzeption und -planung, für die Anwendung von Verfahren und ebenso für die Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens des Patienten.

Schließlich wurde in einer Metaanalyse von Whittaker (2007) in Kombination mit Interviews mit Supervisanden die Frage untersucht, inwieweit Supervision Ängstlichkeit und Selbsteffizienz von Supervisanden beeinflusst. Die Studien waren allerdings vorwiegend Fallstudien. Sie zeigten, dass klinische Supervision relativ deutlich die Selbsteffizienz steigert, dass unterschiedliche Arten von Supervision aber sowohl zu einer Zunahme von Angst bzw. Ängstlichkeit ebenso wie zu einer Abnahme führen können (Whittaker, 2007). Insgesamt gesehen folgert Whittaker (2007), dass Supervision einen mittleren Effekt auf die Ängstlichkeit von Supervisanden (im Sinne von Angstreduktion) und einen ausgeprägten Effekt auf die Selbsteffizienz (im Sinne einer Steigerung) ausübt.

B.4.5. Entwicklung von Kompetenzbereichen in der Supervision

Nach der Klärung der Frage, ob SV eine empirisch nachweisbare Wirkung auf die ATN hat, sollen nun im Folgenden Befunde zusammengefasst werden, die zeigen, wie sich die SV auf die ATN auswirkt. Hier steht im Sinne des Themas der Arbeit die Entwicklung von spezifischen Kompetenzbereichen durch die SV im Vordergrund. Die SV entwickelt folgende Kompetenzbereiche bzw. hat folgende Wirkungen auf die ATN:

- Entlastungseffekt (psychohygienische Dimension) (Oeltze et al., 2002)
- Erkennen von psychodynamischen Perspektiven und unbewussten Anteilen (Oeltze et al., 2002)
- Entwickeln von Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten (Oeltze et al., 2002)
- Kompetenzbereiche „aktive Hilfe“, „Klärungsarbeit“, „Problemaktualisierung“ und „therapeutische Beziehung“ (Hopffgarten et al., 1998)
- Einzelsupervision:
 - Beziehungsgestaltung (Sicherheit im Umgang mit Patienten, Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens des Patienten, etc.),
 - methodisch-technische Kompetenzen (Therapieplanung, Anwendung von Verfahren)
 - die persönliche Kompetenz des Vertrauens in die eigene Fähigkeit (Zimmer & Zimmer, 1998)
- Entwicklung eines gestärkten professionellen Selbstbewusstseins, der Fähigkeit zur bewussten Reflektion, der Analyse eigener Motive und der eigenen Wirkung auf den Patienten, der Verbesserung von Fähigkeiten bei therapeutischen Interventionen und einer Neubewertung von Annahmen über Verhalten und Verhaltensänderung, verbesserte Fähigkeit, eigene Schwächen und Stärken einschätzen zu können (Worthen & McNeill, 1996)

B.4.6. Schwierigkeiten in der Supervision

Diesen positiven Befunden gegenüber stehen Kritikpunkte. Die *finanzielle Belastung* der ATN wird als ein Hauptkritikpunkt der Psychotherapieausbildung angesehen. Neben der unregelmäßigen Bezahlung der Praktischen Tätigkeit, resultieren die beträchtlichen Gesamtkosten unter anderem aus den hohen Supervisionskosten (Fydrich, 2004; Hölzel, 2006; Mösko & Sude, 2009; Ruggaber, 2008; Ruggaber & Fliegel, 2006; Strauß et al., 2009). Als weitere problematische Aspekte werden *fehlende Entlastung* und Entstehung von Versagensgefühlen berichtet (Gray, Ladany, Walker & Ancis, 2001), mangelnde Mitteilungsbereitschaft (non-disclosure) der Supervisanden (Ladany, Hill, Corbett & Nutt, 1996; Yourman & Farber, 1996) und größere Konflikte mit den Supervisoren (Moskovitz & Rupert, 1983; Nelson & Friedländer, 2001).

In der qualitativen Studie von Gray et al. (2001) wurde untersucht, was Supervisanden (Ausbildungsteilnehmer) als *kontraproduktive Ereignisse* in der Supervision werten,

worunter jede Erfahrung verstanden wurde, die für die Therapeutenweiterentwicklung als eher hinderlich, wenig hilfreich oder sogar bedrohlich erlebt wurde. Am häufigsten wurde genannt, dass der Supervisor unempathisch gegenüber den Ausbildungsteilnehmern war, völlig andere Konzeptionen bezüglich eines Klienten entwickelte als der Supervisand, ohne dabei allerdings ausreichend Informationen über den Therapieverlauf gehabt zu haben. Unangemessene Selbstöffnung vonseiten des Supervisors wurde ebenso als kontraproduktives Ereignis berichtet. Weitere empirische Beiträge über nichtoptimale Supervision berichten über *Konflikte in der Supervision* (Moskowitz u. Rupert 1983). Von den befragten Ausbildungsteilnehmern (N=138) gaben 38,8% an, schon einmal einen größeren Konflikt mit dem Supervisor gehabt zu haben, davon standen Konflikte wegen unterschiedlichen theoretischen Orientierungen im Vordergrund, gefolgt von Problemen mit der Direktheit des Supervisors in seinem Supervisionsstil und Konflikten aufgrund von zu unterschiedlichen Persönlichkeiten.

Yourman (2003) berichtet anhand von vier Fallbeispielen von den negativen Auswirkungen von *Schamgefühlen* der Supervisanden in der Supervision und der daraus folgenden mangelnden Öffnung und mangelnden Bereitschaft, problematische Therapieereignisse zu besprechen. In einer früheren Studie quantifizierten Yourman und Farber (1996) die Häufigkeit solcher problematischer Ereignisse. In ihrer Stichprobe von 93 Ausbildungskandidaten gaben 30-40% zu, in mäßiger Häufigkeit Informationen über fehlerhafte Therapieereignisse gegenüber ihren Supervisoren vorzuenthalten oder zu verzerren.

Ladany, Hill, Corbett & Hutt (1996) berichten in einer Untersuchung an 108 ATN von jeweils durchschnittlich acht Vorfällen von *mangelnder Öffnung* (non-disclosure) gegenüber dem Supervisor. Häufigste Gründe waren selbst eingeschätzte geringe Bedeutung des problematischen Therapieereignisses, zu persönliche Probleme, Scham/Unwohlsein bei einer Thematik und eine schwache Beziehung zum Supervisor. Interessanterweise wurden die meisten dieser nicht in der Supervision besprochenen schwierigen Themen jedoch mit jemand anderem besprochen, typischerweise ein anderer Ausbildungskandidat. Gründe für mangelnde Offenheit waren in einer Studie von Hess et al. (2008) außerdem Angst vor Bewertung, ungünstige Machtdynamiken und soziodemographische oder kulturelle Variablen.

Auf der Seite der Supervisoren berichten Nigam et al. (1997) von supervisorischen „Sackgassen“, die darin bestehen, dass bestimmte Supervisoren wenig Feedback geben, scheinbar den vorgestellten Patienten nicht verstehen, keinen Fokus in ihren Kommentaren an den Supervisanden haben und schließlich oberflächliche und irrelevante Interventionen vorschlugen. Durch die daraus folgenden negativen Bewertungen der Supervisanden verschlossen sich diese Supervisoren auch gegenüber den Besorgnissen und patientenbezogenen Emotionen der Supervisanden. Nigam et al. (1997) schlussfolgern, dass Supervisoren, die aufdringlich, verletzend oder nicht ausreichend auf den Supervisanden eingestellt sind, die notwendigen Lernprozesse erheblich behindern können. Auch

Rønnestad und Orlinsky (2005) betonen daher, dass Supervisoren sich des Potenzials für Verletzungen und der negativen Effekte sehr bewusst sein sollten.

B.5. Der Ausbildungsbestandteil Selbsterfahrung

"But where and how is the poor wretch to acquire the ideal qualification which he will need in this profession? The answer is in an analysis of himself, with which his preparation for his future activity begins." (Freud, 1937).

B.5.1. Begriffsbestimmung

Obwohl in den psychodynamischen Therapierichtungen der Begriff „Selbsterfahrung“ im Gegensatz zum Begriff „Lehranalyse“ kaum verwendet wird bzw. kritisiert wird (Ringler, 1994), wird durchgehend in dieser Arbeit von Selbsterfahrung gesprochen. Es soll damit keine Präferenz für eine Therapierichtung zum Ausdruck gebracht werden, sondern es wird dem Wortlauf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen gefolgt, welche auch den Begriff „Selbsterfahrung“ verwendet (z. B. PsychTh-APrV, 1998; §5).

Nach Laireiter (1994) kann Selbsterfahrung unsystematisch erfolgen, zum Beispiel ausgelöst durch eine Bedrohung des Selbstwertes, bei Ist-Soll-Diskrepanzen oder wenn emotionale Belastungen zu verarbeiten sind. Selbsterfahrung kann aber auch systematisch und gezielt angeleitet geschehen, wie zum Beispiel in einer Selbsterfahrungsgruppe, in einem reflektierenden Zweiergespräch oder in einer Psychotherapie. Dabei ist unter Selbsterfahrung eine systematische und gezielte Unterstützung des persönlichen wie auch beruflichen Reifeprozesses durch regelmäßige Kompetenzerfahrung und Reflexion zu verstehen (Laireiter, 1994).

Die Psychotherapie stellt eines der wenigen Berufe dar, bei dem die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person in der Ausbildung einen größeren Bestandteil einnimmt bzw. sogar verpflichtend ist (Thiel, 2010). Die Aufmerksamkeit liegt einerseits auf der Umsetzung therapeutischer Konzepte und andererseits auf der Entwicklung therapieförderlicher Stärken (Laireiter, 2008; PsychThG, 1998; Wiesmeyr, 2006; zitiert nach Thiel, 2010). Jedoch fehlt eine einheitliche Definition des Begriffes, da für alle psychotherapeutischen Vertiefungsrichtungen verschiedenartige Konzepte und Ansätze zur Selbsterfahrung vorliegen (Laireiter, 2008; Schön, 2001; Wiesmeyr, 2006; zitiert nach Thiel, 2010). Begriffsbestimmungen von Selbsterfahrung innerhalb der Psychotherapieausbildung müssen demnach *immer getrennt nach den zwei großen Therapierichtungen* aufgeführt werden. In den *psychodynamischen Ausbildungen* repräsentiert die Lehrtherapie/Lehranalyse das „Selbsterfahrungskonzept“, da die Wurzeln der Selbsterfahrung in der Psychoanalyse begründet liegen. Freud führte dieses Element ein, um die ATN einerseits in Methoden und Techniken der Psychoanalyse zu unterweisen und am eigenen Leib erfahren zu lassen. Andererseits ist die Entwicklung persönlicher Eigenschaften von Bedeutung, welche nach Schön (2001) die Voraussetzung für eine

effektive Psychotherapie darstellt. Nach Ringler (1994) bedeutet Lehranalyse im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung immer Therapie, womit sich die grundsätzlichen Ziele zwischen einer Patienten- und einer Lehranalyse nicht unterscheiden. In der *verhaltenstherapeutischen Ausbildung* spielte die Selbsterfahrung lange Zeit kaum eine bis keine Rolle. Erst mit der zunehmenden Erkenntnis, dass die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle in der Psychotherapie spielt, begannen sich auch die Vertreter dieser Therapierichtung mit dem Thema auseinanderzusetzen (Laireiter & Elke 1994). Dennoch besitzt auch heute noch die Persönlichkeitsentwicklung der Ausbildungsteilnehmer in der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung eine weitaus geringere Bedeutung als in der psychodynamischen. Die Verhaltenstherapie verfügt über zwei Selbsterfahrungsbegriffe. Zum einen die 'Selbsterfahrung im engeren Sinne', der die spezifischen Tätigkeiten des Selbsterlebens und der Selbstreflexion von Ausbildungskandidaten anspricht (Laireiter, 1994). Zum anderen geht es „primär und ausschließlich um die Erreichung bestimmter ausbildungsbezogener Ziele, die sich ausschließlich auf die Person des angehenden oder zukünftigen Therapeuten beziehen“ (Laireiter, 1994; S. 246 ('ausbildungsbezogene Selbsterfahrung')).

B.5.2. Qualitätssicherungsaspekte in der Selbsterfahrung

Zur Strukturqualität bei der Selbsterfahrung zählt zunächst die Auswahl der SEL, da deren Fähigkeiten und Qualifikationen eine wichtige Rolle spielen zur Vermittlung der Inhalte, einer therapeutischen Identifikation mit dem Verfahren und zum Abfangen von Krisen in der Ausbildung. Als weiteres Kriterium für Strukturqualität in der Ausbildung ist die Frequenz bzw. die zeitliche Anordnung innerhalb der Ausbildung wichtig sowie das Setting. Schließlich kann unter Strukturqualität auch das Vorhandensein eines einheitlichen Konzeptes für die Selbsterfahrung zählen. Hierin sollten zum Beispiel Ziele verankert werden (Laireiter, 2005). Wie bei der Ergebnisqualität bezüglich der Selbsterfahrung angeführt, sind Zielerreichungsgespräche bezogen auf die personale Kompetenz denkbar. Ein Zeichen für Strukturqualität wäre nun, dass die Durchführung solcher Gespräche im Ausbildungsinstitut klar geregelt ist und die Durchführung in anonymisierter Form überprüft wird.

Prozessqualität im Rahmen der Psychotherapieausbildung kann auch als Lehr-Lern-Prozess bezeichnet werden, der optimal gestaltet werden sollte. Hier spielt das Vorwissen der Ausbildungsteilnehmer eine nicht unerhebliche Rolle für die Abstimmung der Seminar- und Vorlesungsinhalte auf die Teilnehmer und die Abstimmung der Veranstaltungen untereinander. Da auch die Selbsterfahrung ein Ausbildungsbestandteil ist, muss auch diese in sich selbst und auf die anderen Bestandteile optimal abgestimmt sein. Die Prozessqualität innerhalb der Selbsterfahrung kann erhöht werden, in dem die besprochenen Inhalte auf die Ziele der Selbsterfahrung in der Ausbildung ausgerichtet sind (Therapeutische Funktion, Persönlichkeitsentwicklung, Belastungsreduktion, Identitätsstiftung, Empathieförderung, Modelllernen; Laireiter, 2000b) und im Einzelnen auf

die persönlichen Bedürfnisse des Teilnehmers sowie auf den aktuellen Stand der anderen Ausbildungsbausteine. Nach Laireiter (2000b) sind auch eine gute Atmosphäre in der Selbsterfahrung(-sgruppe) und eine positive Einstellung des Anleiters zu den Teilnehmern notwendig. Qualitätssicherung innerhalb der Selbsterfahrung auf Prozessebene muss zum einen durch definierte Ziele und Klärung der Erwartungen zwischen Anleiter und Teilnehmer geschehen. Zum anderen sollten fortwährend Evaluationen durchgeführt werden, die die Wahrnehmung der stattgefundenen Prozesse aufzeigen.

Wie kann die Selbsterfahrung zur Entwicklung bzw. Überprüfung von Ergebnisqualität in der psychotherapeutischen Ausbildung beitragen? Selbsterfahrung kann insbesondere zur Entwicklung der personalen Kompetenzen beitragen, hier vor allem zum Erkennen von eigenen Interaktionsmustern und kognitiv-emotionales Schemata. In der Selbsterfahrung können persönliche/persönlichkeitsrelevante Lernziele erreicht und überprüft werden. Ein weiterer Aspekt der Ergebnisqualität bei der Selbsterfahrung ist neben den Inhalten und Zielen der Selbsterfahrung auch die Zufriedenheit mit dem Ausbildungsbestandteil Selbsterfahrung an sich und deren Arbeitsatmosphäre bzw. deren subjektiv eingeschätzter Nutzen für die persönliche und professionelle Entwicklung. Einige Ausbildungsziele im Bereich personale Kompetenz sind sehr persönlichkeitsnah, sie sind daher auch nur bedingt als ‚Ergebnis‘ innerhalb der Ausbildung zu erreichen. Hier müssten eher Regelungen über den Zugang zur Ausbildung wirksam werden.

B.5.2.1. Studien zur Qualitätssicherung/Evaluation der Selbsterfahrung

Ein Ergebnisaspekt von Selbsterfahrung oder Eigentherapie ist die Höhe der *Zufriedenheit* mit der erfahrenen „Behandlung“. Orlinsky, Norcross, Ronnestad und Wiseman (2005) haben mehrere Studien zusammengefasst, die (approbierte) Therapeuten befragt haben, wie zufrieden sie mit einer Eigentherapie/Selbsterfahrung waren. Diese Selbstberichte von insgesamt über 2400 britischen und amerikanischen Therapeuten zeigen übereinstimmend eine hohe Zufriedenheit. Bei Bike, Norcross & Schatz (2009) gaben von über 700 befragten praktizierenden Psychotherapeuten 86-92% der Befragten bedeutsame bis moderate Veränderungen bei Symptomen/Einsicht bzw. emotionalem Stress an. Im deutschsprachigen Raum konnten auch hohe Zufriedenheitswerte mit den Selbsterfahrungsangeboten gezeigt werden (Barthel et al., 2010; Bayer, 2007; Frank, 2000; Schön, Frank & Vaitl, 1998).

Weiterhin gibt es einige Studien, die eine positive Einschätzungen des Nutzens der Selbsterfahrung für die Entwicklung der psychotherapeutischen Kompetenzen zeigen (Bayer, 2007; Schulz, Flotho, Lübke & Hahlweg, 1998). Der Selbsterfahrung wird insgesamt eine hohe *Bedeutung für die Entwicklung psychotherapeutischen Könnens* in der Ausbildung zugeordnet, direkt nach der Wichtigkeit der eigenständigen Patientenbehandlung unter Supervision (Orlinsky, Botermans & Ronnestad, 2001). Ausbildungsteilnehmer *verschiedener Vertiefungsverfahren* bewerten die Wichtigkeit des Einflusses der Selbsterfahrung unterschiedlich: Diejenigen in VT-Ausbildung bewerteten den Einfluss

niedriger als diejenigen in psychodynamischer Ausbildung, personenzentrierter oder eklektischer Ausbildung (Lucock, Hall & Noble; 2006). Der professionelle und praktische Nutzen wird bei verhaltenstherapeutischen Ausbildungen höher eingeschätzt als der persönliche, während dies bei psychodynamischen Ausbildungen umgekehrt war (Dobernig & Laireiter, 2000). Bayer (2007) konnte an einem süddeutschen Institut für Verhaltenstherapie zeigen, dass vor allem das *Einzelsetting* der Selbsterfahrung als sehr hilfreich für die Expertiseentwicklung eingeschätzt wurde, kurz hinter der praktischen Fallarbeit und noch vor der Einzelsupervision. Gruppenselbsterfahrung wurde nur als „hilfreich“ eingeschätzt.

Über eine systematische Evaluation der Selbsterfahrung berichten Alte & Rey (1998). Mittels eines kurzen Fragebogens wurden offene und geschlossene Fragen nach den Selbsterfahrungsgruppenveranstaltungen gestellt. Im Mittel waren die Teilnehmer mäßig zufrieden mit dem Angebot (Schulnoten 2,9 bis 3,9), bei der Rückmeldung zu einzelnen Aspekten (persönlicher Gewinn, Relevanz für die Praxis, Therapeutenmodell, Arbeitsatmosphäre) waren die Bewertungen deutlich positiver (Noten von 1,7 bis 2,0). Die Autoren vermuten, dass sich darin auch die heterogenen Erwartungen der Teilnehmer aufgrund verschiedener Selbsterfahrungsmodelle widerspiegeln. Daher wird für eine *differenzierte Evaluation einzelner Aspekte der Selbsterfahrung* plädiert.

B.5.3. Empirische Nachweise der Effektivität der Selbsterfahrung

Die Selbsterfahrung muss sich in ihrer Weiterentwicklung und Konzeption auf empirische Ergebnisse stützen, wie auch Laireiter (2005) betont. Interessanterweise schlug schon Clark (1986) vor, erst die Wirkung von Selbsterfahrung auf das Therapieergebnis nachzuweisen, bevor Studien durchgeführt werden, die die Mechanismen oder Bedingungen erforschen, wie Selbsterfahrung wirkt. Leider gibt es bislang überwiegend Prozessstudien zur Selbsterfahrung, sehr viel weniger wird und wurde der erste Punkt (Ergebnisstudien) beachtet. Auf der anderen Seite betonen viele Autoren auch, dass eine Verbesserung des Therapieergebnisses nicht das wichtigste Ziel der Selbsterfahrung sei, sie habe eher methodisch-didaktische, therapeutisch-präventive und prozessual-interpersonale Aufgaben (Laireiter, 2000a). Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über den Stand der Effektivitätsforschung gegeben werden, der allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

B.5.3.1. Ist Selbsterfahrung wirksam?

a. Wirkung auf Patient

In einem sehr umfangreichen Literaturreview gibt Laireiter (2000b) an, 14 Studien zur Frage nach der Auswirkung von Selbsterfahrung auf das *Therapieergebnis* von Patienten gefunden zu haben. Davon zeigten nur drei einen positiven Zusammenhang (z.B. Kernberg, 1973 und Strupp, 1969, zitiert nach Laireiter, 2000b), drei zeigten einen negativen Zusammenhang und elf keine Zusammenhänge, bei Kernberg (1973) und Strupp (1969) gab es allerdings eine Konfundierung mit der therapeutischen Erfahrung (zitiert nach Laireiter, 2000b). Einzig Greenspan und Kulish (1985; zitiert nach Laireiter, 2000b) konnten statistisch sicher zeigen, dass Eigentherapie einen unabhängigen Effekt auf die Therapieabbruchrate hat (geringere Abbruchraten bei Therapeuten mit Eigentherapie). Die Mehrzahl der Studien in dem Review zeigte also keinen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Selbsterfahrung und Therapieergebnissen. Insgesamt scheint nach Laireiter (2000b) der Effekt von Eigentherapie/Selbsterfahrung auf Therapieoutcomemaße nicht direkt und linear zu sein, sondern durch verschiedene Variablen (therapeutische Erfahrung, Therapeuten- und Patientenmerkmale) moderiert zu werden, sich erst nach einer gewissen Latenzzeit zu entfalten.

Laireiter (2000b) resümiert zur Auswirkung von Selbsterfahrung/Eigentherapie auf *Therapieprozessmerkmale* (Empathie, Allianz), dass auch hier die Befundlage schwierig ist, es aber wahrscheinlich ist, dass Therapeuten mit Eigentherapie empathischer und reflexiver mit den Patienten umgehen. Weiterhin konnte aus der Studienlage geschlussfolgert werden, dass Eigentherapie zu einer Prävention beziehungsbelastender Interaktionsformen und zur Entwicklung von Toleranz gegenüber negativen Patientenmerkmalen führen kann.

Gold und Hilsenroth (2009) führten eine der bislang sehr wenigen Studien mit einer Kontrollgruppe von Therapeuten ohne Selbsterfahrung durch. Es zeigte sich, dass Patienten, die von Therapeuten mit und ohne bisherige Selbsterfahrung behandelt wurden, keine Unterschiede angaben hinsichtlich der *Qualität der therapeutischen Allianz*. Auf Therapeutenseite zeigten sich jedoch Unterschiede: Therapeuten mit Selbsterfahrung beurteilten sich höher als die Nicht-Selbsterfahrungstherapeuten auf zwei Skalen der therapeutischen Allianz, sowie beim Vertrauen in sich selbst und bei der Übereinstimmung mit ihren Patienten über Ziele und Aufgaben. Beim letztgenannten Aspekt war der Effekt am größten, es könnte also die Selbsterfahrung dazu beigetragen haben, dass sich Therapeut und Patient schneller und besser auf übereinstimmende Ziele einigen konnten.

Hoyer & Stangier (2000) führten eine der wenigen Studien durch, die den Effekt von Selbsterfahrung auf die *Therapeut-Patient-Interaktion* untersuchten. Es zeigte sich hier, dass Therapeuten, die ein Selbsterfahrungsseminar besucht hatten, von ihren Patienten nach dem Seminar als zwischenmenschlich kompetenter angesehen wurden als davor. Obwohl dies nur einen kurzen Zeitraum umfasst, sind diese Ergebnisse bezüglich der praktischen

Auswirkungen von Selbsterfahrung und den daraus möglicherweise folgenden Implikationen für die Ausbildung sehr bedeutsam.

b. Wirkung auf Ausbildungsteilnehmer

Selbsterfahrung bzw. die *Inanspruchnahme* einer Eigentherapie ist bei Psychotherapeuten sehr hoch. Orlinsky, Schofield, Schroeder & Kazantzis (2011) berichten von 87%, Bike et al. (2009) von 84% der befragten Therapeuten, die mindestens einmal in Eigentherapie/Selbsterfahrung gewesen zu sein. Die im Gedächtnis gebliebenen Inhalte waren vor allem, dass der Therapeut zuverlässig und engagiert sein sollte, dass er kompetent und befähigt sein sollte und dass Wärme, Empathie und die therapeutische Beziehung zentral sind. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung/Eigentherapie könnte schon eigenständig für erfolgreiche und positive Wirkungen auf den Teilnehmer sprechen.

Neben der Evaluierung der Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung und der Effekte auf Patienten, ist die Evaluierung von Effekten der Selbsterfahrung auf die Entwicklung der Ausbildungsteilnehmer von großem Interesse. Dies ist allerdings nicht trivial, da hier Konzepte der Veränderung des Selbstkonzeptes und der Selbstbildstabilisierung beachtet werden müssen (Greve & Greve, 1998). In einer ersten Anwendung konnte kein eindeutiger Trend bei der Real-Ideal-Diskrepanz festgestellt werden, jedoch ein Trend zur verstärkten Ähnlichkeit des realen Selbstbildes mit einem *Bild von einem „guten Therapeuten“*.

Willutzki & Ambühl (2000, zitiert nach Laireiter, 2005) konnten in einer Survey-Studie keinen Einfluss der Teilnahme an einer Selbsterfahrung/Eigentherapie auf z.B. die selbst wahrgenommene therapeutische Effektivität, Empathie, Wärme und Beziehungskompetenzen finden. Lediglich die subjektive Beurteilung der professionellen Entwicklung ist bei Teilnehmern mit Selbsterfahrung positiver. Die Dauer der beruflichen Tätigkeit hatte jedoch einen signifikanten Einfluss auf die subjektiven Kompetenz- und Ergebnisvariablen, was nach Laireiter (2005) zeigt, dass Selbsterfahrungseffekte eher eine kurze Wirkungsdauer haben und durch die Dauer der eigenen professionellen Erfahrungen überformt werden. Dies spricht dafür, *kurz- mittel- und langfristige Effekte der Selbsterfahrung* zu evaluieren.

Die Wichtigkeit, in Studien nicht nur darauf zu fokussieren, ob der Therapeut eine Eigentherapie/Selbsterfahrung gemacht hat, sondern ob auch wesentlich davon profitiert wurde, zeigen zwei weitere Arbeiten. Nur wenn die Therapeuten angaben, dass sie eine *nützliche/positiv einflussreiche Erfahrung mit der Selbsterfahrung* gemacht hatten, zeigten sich positive Einflüsse auf die aktuelle Lebenszufriedenheit (Orlinsky & Ronnestad, 2005) oder die Einschätzung der Wichtigkeit der Therapeut-Patient-Beziehung (Bellows, 2007).

Hinsichtlich des *Settings* der Selbsterfahrung zeigt sich in der Literatur eine Präferenz der Einzelselbsterfahrung. In Gruppenselbsterfahrungen werden nur wenig der eigenen Selbsterfahrungsziele erreicht, wie zum Beispiel psychotherapeutische Basisqualifikationen, methodisch-didaktischen Inhalte und eine Reflexion der beruflichen Identität (Dobernig,

2001, zitiert nach Laireiter, 2005; Roder, Dubuis, Lächler & Hecht, 2001) und sie wird als weniger effektiv eingeschätzt als Einzelselbsterfahrung (Zimmer & Zimmer, 1998). Jedoch zeigt sowohl die Untersuchung von Zimmer und Zimmer (1998) als auch Studien von Hopffgarten v. Laer und Mempel (1998), dass auch die Gruppenselbsterfahrung wichtige Beiträge zur Entwicklung interaktioneller, selbstreflexiver und methodischer Kompetenzen leisten kann. Ebenso kann sie die Verbesserung von Gruppenaspekten (Selbstständigkeit, Optimismus, Verbundenheit) in der Ausbildung mit sich bringen (Roder et al., 2001).

Generell muss noch angemerkt werden, dass die Möglichkeit besteht, dass die positiven Bewertungen Ausdruck einer Identifizierung mit der Ausbildung und deren Inhalten, Zielen und Methoden sind. Im schlechtesten Falle ist ein Prozess kognitiver Dissonanzreduktion als Grund für die hohen Zufriedenheitswerte denkbar, da für die Selbsterfahrung wie auch für die Supervision nach wie vor ein hoher Anteil der Ausbildungskosten anfällt. In dem Sinne darf als Selbstschutz nicht „schlecht sein [...], wofür man mehrere Jahre lang innere Kraft, Zeit und Geld investiert [...]“. (Zimmer & Zimmer, 1998, S. 255).

Zur allgemeinen Beurteilung der empirischen Studien zur Selbsterfahrung geben Orlinsky et al. (2005) folgendes zu bedenken. Ein wesentlicher Teil der Ergebnisvarianz bei Therapien kommt den Qualitäten und Ressourcen der Patienten zu sowie der therapeutischen Beziehung, in der der Therapeut mit dem Patienten gemeinsam eine Atmosphäre schafft, die es dem Patienten ermöglicht, seine eigenen Ressourcen zu aktivieren. Nach diesen Überlegungen bleibt nur ein geringer Teil der Ergebnisvarianz für die individuellen Qualitäten des Therapeuten und dessen Ressourcen übrig, wie zum Beispiel die Einflüsse der Selbsterfahrung des Therapeuten. Orlinsky et al. (2005) argumentieren somit, dass es aufgrund dieser Datenlage generell schon unwahrscheinlich ist, zuverlässig die Auswirkungen von Selbsterfahrung auf das Therapieergebnis zu bestimmen. Weiter argumentieren sie, dass durch die über professionelle Hintergründe, theoretische Orientierungen, Karrierestufen und Nationalitäten hinweg übereinstimmende subjektive Einschätzung des hohen Nutzens der Selbsterfahrung für die professionelle Entwicklung ausreichend sei für die Rechtfertigung des Einsatzes.

Dies klingt auf den ersten Blick einleuchtend, dennoch könnte man die gleiche Argumentation für die Supervision anführen, für die es vergleichsweise stärkere empirische Evidenz gibt. Auch Laireiter (2009) merkt im Rahmen dieser Diskussion um fehlende empirische Ergebnisse an, dass dies auch für andere Ausbildungsbausteine gelten müsse, beziehungsweise die gesamte Psychotherapieausbildung im Hinblick auf die empirische Untersuchung der Kompetenzentwicklung bislang auf sehr wenig gesichertes Wissen gestützt ist. Laireiter (2009) formuliert dazu passend: „Niemand Vernünftiges allerdings würde angesichts dieser Befundlage auf Ausbildung in Psychotherapie verzichten wollen oder gar behaupten, Ausbildung in Psychotherapie/Verhaltenstherapie sein nicht mehr zeitgemäß“ (S. 191).

B.5.4. Entwicklung von spezifischen Kompetenzbereichen in der Selbsterfahrung

Nach der Klärung der Frage, ob SE eine empirisch nachweisbare Wirkung auf die ATN hat, sollen nun im Folgenden Befunde zusammengefasst werden, die zeigen, wie sich SE auf die ATN auswirkt. Hier steht im Sinne des Themas der Arbeit die Entwicklung von spezifischen Kompetenzbereichen durch die SE im Vordergrund. Die Erfahrung eines angeleiteten, intensiven Auseinandersetzens mit sich selbst im Bereich der Psychotherapieausbildung kann folgende Auswirkungen auf die ATN haben:

- *Empathie und Wärme* (Bennett-Levy, Lee, Travers, Pohlmann & Hemernik, 2003; Bennett-Levy et al., 2001; Macran & Shapiro, 1998; Norcross, 2005; Orlinsky et al., 2011; Rizq & Target, 2008a, 2008b; Vogel & Schieweck, 2005b; Wiseman & Shefler, 2001; Zimmer & Zimmer, 1998)
- *Art des Reagierens/Antwortverhalten auf Patientenaussagen* (Strupp 1955, 1978, zitiert nach Macran & Shapiro, 1998): weniger passive und häufiger strukturierende/interpretierende Antworten und MacDevitt (1987, zitiert nach Macran & Shapiro, 1998): häufiger selbstexplorierende Antworten (im Gegensatz zu manipulierenden/agierenden Antworten))
- *stärkerer Fokus auf die therapeutische Beziehung* (Bennett-Levy et al., 2003; Macran & Shapiro, 1998)
- *stärkere Wahrnehmung der Patient-Therapeut-Interaktion* (Bennett-Levy et al., 2001; Norcross, 2005; Orlinsky, et al., 2011; Rizq & Target, 2008a, 2008b; Wiseman & Shefler, 2001; Zimmer & Zimmer, 1998;)
- *Erlernen von spezifischen Kompetenzen in der Beziehungsfähigkeit*, z.B. Wahrnehmung von Übertragungsprozessen und Widerständen (Norcross, 2005; Orlinsky et al., 2011; Rizq & Target, 2008a, 2008b; Wiseman & Shefler, 2001) oder dem Umgang mit Emotionen des Patienten (Zimmer & Zimmer, 1998; Bennett-Levy et al., 2001)
- *stärkere Selbstwahrnehmung/Selbstreflexion* eigener Grenzen, Stärken und Schwächen (Bennett-Levy et al., 2001; Bennett-Levy et al., 2003; Grimmer & Tribe, 2001; Lieb, 1998; Norcross, 2005; Orlinsky et al., 2011; Rizq & Target, 2008a, 2008b; Wiseman & Shefler, 2001; Zimmer & Zimmer, 1998)
- *Ressourcenentdeckung* bei sich selbst (Hopffgarten et al., 1998; Lieb, 1998)
- *eigene emotionale Stabilität/Unterstützung* in Krisenzeiten/Verringerung von Burnout-Wahrscheinlichkeit (Grimmer & Tribe, 2001; Norcross, 2005; Orlinsky et al., 2011; Rizq & Target, 2008a, 2008b; Wiseman & Shefler, 2001)
- *Erfahren der therapeutischen Techniken an sich selbst/Sozialisationserfahrung* (Lieb, 1998; Grimmer & Tribe, 2001; Laireiter & Willutzki, 2003)
- *Erlernen spezifischer KVT-Techniken* und Fertigkeiten (Bennett-Levy et al., 2003; Laireiter & Willutzki, 2003)

B.5.5. Schwierigkeiten in der Selbsterfahrung

Als „risky business“ bezeichnen Moller, Timms und Alilovic (2009) die Selbsterfahrung und führen dafür verschiedene Gründe aus der Literatur sowie aus einer eigenen Befragung an. Selbsterfahrung würde die Ausbildungsteilnehmer *mit deren eigenen Problembereichen belasten* und somit auch negativ auf die Patiententherapien ausstrahlen. Weiterhin wird das Argument angeführt, dass Therapien in 0-10% der Fälle auch *negative Effekte* haben können (Orlinsky et al., 2005) und somit die Wahrscheinlichkeit besteht, dass auch Ausbildungsteilnehmer Schäden davontragen können. Pope und Tabachnik (1994, nach Orlinsky et al., 2005) zeigten, dass die häufigsten Ursachen von negativen Effekten sexuelle Annäherungen, Inkompetenz, sadistisches oder emotional missbräuchliches Verhalten, fehlendes Verständnis für den Patienten sowie Grenzverletzungen waren.

Auf schädigende Aspekte der Selbsterfahrung weist auch eine Studie von Rake und Paley (2009) hin. Die von ihnen interviewten praktizierenden Psychotherapeuten erinnerten sich neben positiven Einflüssen („Ich lernte, wie ich Therapie durchführen kann“, „Ich kenne mich selbst besser“) auch an *schwierige und potentiell schädigende Aspekte* („Es war auch ein schwieriger Prozess“), darunter problematische therapeutische Beziehungen zum Lehranalytiker, wenig hilfreiche Interventionen, destabilisierende Effekte durch die aufwühlenden Inhalte, die zum Teil unangemessene Länge sowie die Schwierigkeit der Selbsterfahrungspflicht. Vor allem im Bereich der psychodynamischen Ausbildungen, bei denen die Selbsterfahrung als Lehrtherapie konzipiert ist, ergibt sich die problematische Konstellation, dass die Ausbildungskandidaten *keinen direkten Leidensdruck* für die Lehrtherapie haben, wodurch die eigentliche Basis für eine echte therapeutische Beziehung fehlt (Laireiter, 1994).

Als weiterer schwieriger Aspekt zeigte sich schon durch einige Studien die Situation der *Funktionsüberschneidungen* von Selbsterfahrungsleitung und Supervision oder Prüfern oder einer anderen Rolle innerhalb der Psychotherapieausbildung. Dadurch entstehen Abhängigkeitsverhältnisse des Ausbildungsteilnehmers zu den Lehrkräften (Groeger, 2003; Laireiter, 2002, 2003). Aufgrund dieser Problematik fällt es den Ausbildungsteilnehmern schwer, sich zu öffnen. Dabei ist die Offenheit und Reflexionsbereitschaft der ATN für die Integration der erfahrenen Inhalte in bereits bestehende Strukturen eine wichtige Voraussetzung (Schreyögg, 2004). Ein Argument gegen die (verpflichtende) Selbsterfahrung in der Ausbildung ist die *Finanzierung* der SE-Stunden, was abhängig von den finanziellen Ressourcen der ATN eine beträchtliche Last sein kann bzw. zur Diskriminierung von finanzschwachen ATN führen kann (z.B. Moller et al., 2009).

Zusammenfassend fordert Laireiter (2008) *deutlich bessere Qualitätssicherung für die Selbsterfahrung* und weist auf eigene Untersuchungen von Absolventen mit absolvierter Selbsterfahrung hin, bei denen deutliche Problembereiche herausgestellt wurden: bei den Rahmenbedingungen (hohe Therapiekosten, Mehrfachbeziehungen und

Rollenüberlappungen zu Lehrtherapeuten, Beurteilung der Eignung, Therapiepflicht, Abhängigkeitsgefühle), bei der Durchführung (unklare oder fehlende Therapieziele, Kunstfehler der Therapeuten, Zweifel am eigenen Können, unerwünschte Erfahrungen wie emotionaler oder Machtmissbrauch oder abweisendes Therapeutenverhalten) und bei den Ergebnissen (negative Effekte wie eine Zunahme psychopathologischer Probleme).

B.6. Psychotherapeutische Kompetenzen – Definition, Erwerb und Überprüfung

B.6.1. Definitionen

In seinem 2010 erschienenen Buch „Core competencies in Counseling and Psychotherapy“ beschreibt der Psychologe Len Sperry den Begriff Kompetenz als das neue „buzz word“ (Modewort) in der Psychotherapieausbildung und -praxis (Sperry, 2010). Der Fokus auf Kompetenzen sei nicht nur einfach ein neuer psychotherapeutischer Ansatz oder eine neue Technik, er sei ein Paradigmenwechsel in der Psychotherapieausbildung und -praxis. Statt der (Weiter-)Entwicklung von Basiscurriculae, müssten nun Basiskompetenzen entwickelt und trainiert werden (Sperry, 2010). Seit etwa 15 Jahren werden daher als Ziele von Bildungsprozessen nicht mehr nur Wissensbereiche definiert, sondern vermehrt Kompetenzen. Nicht das Wissen über die therapeutische Beziehung steht im Vordergrund, sondern die Demonstration des Könnens – die Fähigkeit und Bereitschaft, eine therapeutische Beziehung aufbauen und gestalten zu können (Richter, 2009). Dafür ist die differenzierte Definition von zu erreichenden Kompetenzen notwendig, umso mehr durch die stärkere Strukturierung der Psychotherapieausbildung infolge des Psychotherapeutengesetzes von 1999 (Richter, 2009).

Auf Basis von bestehenden Kompetenzdefinitionen (z.B. Kaslow, 2004; Falender & Shafrankse, 2004) entwirft Len Sperry eine eigene Definition von Kernkompetenzen: „Competency is the capacity to integrate knowledge, skills, and attitudes reflected in the quality of clinical practice that benefits others, which can be evaluated by professional standards and be developed and enhanced through professional training and reflection.“ (Sperry, 2010, S. 5). Seine Kompetenzdefinition beinhaltet also die Aspekte (1) der Kapazität Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen zu integrieren, (2) der hochqualitativen klinischen Praxis, von der die Empfänger profitieren, (3) der Bewertungsmöglichkeit gegen Standards und (4) der Möglichkeit der Ausbildung dieser Kapazität (versus einer angeborenen Fähigkeit).

B.6.1.1. Verfahrensübergreifende Definitionen

Sperry (2010) fasste Kompetenzdefinitionen in verschiedenen Disziplinen des Bereiches ‚mental health‘ zusammen (Psychiatrie, Psychologie, Familientherapie, Counseling und Sozialarbeit) und fasste daraus Kompetenzbereiche zusammen, die in allen Disziplinen implizit sind:

- Beziehungsaufbau und –erhalt (positive th. Beziehung, Lösen von Widerständen)
- Behandlungsplanung (Diagnose, Fallkonzeptualisierung),
- Behandlungsumsetzung (Zuschneiden auf Bedürfnisse des Patienten, Fokus),
- Behandlungsevaluation und
- kulturelle und ethische Feinfühligkeit

- Konzeptuelle Fundierung (konzeptueller Rahmen, z.B. psychodynamische Psychotherapie).

Eine im deutschen Raum verbreitete Kompetenzdefinition ist die von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgeschlagene (BPtK, 2008). Sie unterscheidet zwischen drei Kompetenzbereichen:

- Fachlich-konzeptuelle Kompetenz (Kenntnisse über Modelle psychischer Erkrankungen, und deren Behandlungsmöglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten, zu diagnostizieren, Behandlungen durchzuführen, implizites Wissen zu nutzen, therapeutische Entscheidungen zu treffen, Persönlichkeit und Behandlungskonzept zu verknüpfen)
- Personale Kompetenz (Fähigkeit zur Selbstreflexion, Empathie, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung und zur Vermittlung eines überzeugenden Erklärungsmodells)
- Beziehungskompetenz (Fähigkeit zur Etablierung und Aufrechterhaltung einer stabilen therapeutischen Beziehung, zu altersgerechter Kommunikation, zur Differenzierung eigener und fremder Affekte, zu systemischer Analyse)

Weitere bekannte Kompetenzdefinitionen stammen zum Beispiel von der Arbeitsgruppe „The Professional Competencies of a European Psychotherapist“ der European Association for Psychotherapy (EAP, 2011) oder von Zimmer (2009). Die EAP-Definition, die vor allem vor dem Hintergrund verschiedener berufspolitischer Gründe erarbeitet wird, ist sehr umfassend und geht über den Bereich der Kernkompetenzen hinaus, da sie auch spezifische und weiter gefasste Kompetenzen (z.B. professionelle Berufsausübung, Kooperation, Forschung) beschreibt. Die Definition von Zimmer (2009) umfasst die drei Bereiche Fachlichen Wissen, methodisch-technische Kompetenzen und personenbezogene Kompetenzen. Während die Bundespsychotherapeutenkammer Fertigkeiten und Wissen in ihrer Kompetenzdefinition einschließen, fokussieren Definitionen von Sperry (2010) und der EAP ausschließlich auf Fertigkeiten, der Bereich des (theoretischen) Wissens über psychische Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten wird hier nicht separat benannt, sondern steckt ‚indirekt‘ zum Beispiel in den Bereichen Exploration, Therapievertrag bzw. Konzeptuelle Fundierung und Behandlungsplanung. Auch Vogel und Alpers (2009) weisen auf die enge Verflechtung von Wissen und Handlungskompetenzen hin. Für das Zusammenspiel der verschiedenen (Wissens- und) Kompetenzbereiche untereinander liegt jedoch noch kein systematisches Gesamtkonzept vor. Nach Vogel und Alpers (2009) würde erst ein solches eine rationale Ableitung von Ausbildungsbestandteilen und deren Ausgestaltung rechtfertigen.

B.6.1.2. Spezifische Kompetenzen in den Therapieverfahren

Die beiden großen Therapierichtungen der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie beanspruchen auch eigene spezifische Kompetenzbereiche für sich. Im Bereich der *kognitiven Verhaltenstherapie* sind spezifische Kompetenzen zum Beispiel die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation von Rollenspielen (Newman, 2010; Langer &

Frank, 1999), das Erteilen und Auswerten von Hausaufgaben und Verhaltensexperimenten (Newman, 2010; Linden & Langhoff, 2010), die Entwicklung eines Störungsmodells und die Modifikation von Kognitionen (Linden & Langhoff, 2010; Newman, 2010) sowie das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien (Linden & Langhoff, 2010; Langer & Frank, 1998). Will (2006) nennt zehn *psychoanalytische Kompetenzen*, unter anderem die Fähigkeit: zur gleich schwebenden Aufmerksamkeit, mit Gegenübertragung zu arbeiten, zur psychoanalytischen Interaktion, einen analytischen Prozess zu strukturieren und in förderlicher Weise zu deuten.

B.6.2. Entwicklung von psychotherapeutischen Kompetenzen – Modelle und pädagogische Überlegungen

Laireiter und Botermans resümieren in ihrem Überblicksartikel über den Stand der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie, dass trotz „vieler offener und unbekannter Stellen“ ausreichend viele Befunde vorliegen, um sagen zu können, „dass Ausbildung als solche die Entwicklung der therapeutischen Kompetenzen fördert“ (Laireiter & Botermans, 2005, S. 90). Es bedarf jedoch einer gezielten Unterstützung des Transfers der erworbenen Kompetenzen „in die therapeutische Realsituation“ (Laireiter & Botermans, 2005, S. 91). Ein viel zitierter Ansatz zum *Training von Kompetenzen* bzw. einzelnen therapeutischen Skills ist der Ansatz des „helping skills training“ von Clara Hill (z.B. Hill, Stahl et al. 2007). Sie entwarf drei Phasen der Skill-Entwicklung, für die jeweils spezifische Trainingsmaßnahmen wichtig sind:

- Exploration: offene Fragen stellen, Reformulierungen nutzen, Reflektion von Emotionen
- Einsicht: Herausforderungen des Patienten, Interpretationen, Selbstoffenbarungen, sofortige Rückmeldungen
- Handlung: Informationsgabe, Führung

Neben den von Hill genannten Trainingsmaßnahmen werden als wichtige *Faktoren für die Kompetenzentwicklung* in der Literatur folgende genannt:

- das regelmäßige Üben/die regelmäßige Praxis (Caspar, Berger & Hautle, 2004; Newman, 2010),
- ein angemessen aktiver, unterstützender, empathischer Supervisor, der persönliche Hindernisse anspricht (Hill, Sullivan, Knox & Schlosser, 2007) und
- spezifisches Feedback gibt (Hill, Sullivan et al., 2007; sogar computergestützt: Caspar et al, 2004),
- positive Selbstbestärkung, Fokuslenkung auf gelernte „helping skills“ und auf den Patienten sowie selbstreflexive Tagebucheinträge (Hill, Sullivan et al., 2007a),
- eine grundlegende Offenheit und Reflexionsbereitschaft gegenüber komplexen Phänomenen und Prozessen (Rønnestad und Skovholt, 2003),
- Reflektion der eigenen Therapiestunden (Hill, Stahl et al., 2007)

- Lernen, empathisch zu reagieren (Hill, Stahl et al., 2007)
- sowie die ‚trias‘ theoretische Instruktion, Lernen am Modell und eigene Praxis mit Feedback (Hill, Stahl et al., 2007).

In einer Dissertationsarbeit zur Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in Ausbildung gibt Domma (2007) einen Überblick über *Modelle zur Kompetenzentwicklung* von Psychotherapeuten. Modelle, die eine stufenhafte Entwicklung von Kompetenzen vorschlagen, sind zum Beispiel die von Dreyfus & Dreyfus (1986, zitiert nach Domma, 2007) oder von Ronnestad & Skovholt (2003).

In dem Modell von Ronnestad & Skovholt (2003) fällt die Zeit der Psychotherapieausbildung auf die zweite und dritte Phase („beginning student“ und „advanced student“). Die erste Phase ist eine laienhafte Helferphase, während die letzten drei Phasen sich auf die Entwicklung nach der Approbation beziehen. Die vorrangigen Themen der Ausbildungsteilnehmer in der zweiten und dritten Entwicklungsphase und Aspekte, die für die Kompetenzentwicklung wichtig sind, sind in Tabelle B.6-1 dargestellt.

Tabelle B.6-1: Phasen der Kompetenzentwicklung während der Psychotherapieausbildung nach Ronnestad und Skovholt (2003)

Phase	Inhalt	Wichtig für Kompetenzgewinn
„beginning student“	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen nach eigener Eignung • Abhängigkeit, Verletzbarkeit • Suchen nach Vorbildern/nachzuahmenden Modellen • Ängstlichkeit, Überforderung, Unsicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung, Ermutigung • vorsichtig im Umgang mit Kritik • positives Feedback von Supervisoren • positives Feedback von Patienten • einfach und schnell zu lernende Methoden erwünscht • Offenheit für Komplexitäten und Herausforderungen (negativ: kontrollierte, verschlossene Einstellung)
„advanced student“	<ul style="list-style-type: none"> • professionelles Arbeiten/Funktionieren auf einem einfachen Level, aber oft Unzufriedenheit damit und Aspiration nach überragendem Funktionieren, daher ist die Arbeit wenig entspannt oder spontan • immer noch Verletzbarkeit und größeres Maß an Abhängigkeit • gleichzeitig Aspirationen nach Autonomie • Konflikte in der Supervision • Modelllernen immer noch wichtig (externer Fokus) • interner Fokus entwickelt sich • Entwickeln einer internen Bindung an eine Theorie 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen in der Supervision besonders wichtig • modellhaftes Zeigen von Psychotherapiesitzungen erwünscht • Explorieren des internen Fokus in der Supervision • Begeisterung und Verpflichtung zum Lernen

Kahl-Popp (2007) führt aus pädagogischer und lerntheoretischer Sicht Bedingungen an, unter denen das Erwerben von psychotherapeutischer Kompetenz erst möglich ist. Zu dem zählt das Einordnen von Kompetenzerwerb in der Psychotherapie als *intentionales*,

selbständiges Lernen (im Gegensatz zum zufälligen oder Mitmach-Lernen oder zu einem vermeidend-defensivem Lernen). Dabei werden in komplexen Handlungsabläufen (z.B. therapeutisches Gespräch) so genannte Lernproblematiken (noch nicht zu bewältigende Abläufe) erkannt, sich von den Lernern „zu eigen gemacht“ und unter Anwendung von theoretischem Wissen und Lernprinzipien schrittweise bewältigt. *Voraussetzungen* für das intentionale Lernen auf der Seite der Lernenden sind

1. eine angemessene Fehlerkultur, in der Scheitern als Orientierung und Abgrenzung fungieren kann,
2. das Vermeiden von rigiden, bevormundenden und verletzenden pädagogischen Interventionen, da sie einen defensiven Lernstil fördern, der nicht zur Aneignung von psychotherapeutischen Kompetenzen führt und
3. die Entwicklung einer professionellen Leitvorstellung. Diese ist beeinflusst von der Passung eines Behandlungskonzeptes zur eigenen Persönlichkeit, der (gesunden, abgegrenzten) Identifikation mit einer Behandlungspersönlichkeit, einem aktiven Bildungsprozess/einem Selbstbildungswillen des Lernenden von einer kritischen/mündigen Einstellung gegenüber dem Gelehrten.

Auf der Seite der Lehrenden gehört ein entsprechendes Lehrkonzept zu den Voraussetzungen, in der der Lernstoff klar am Lernenden orientiert ist und die Lernenden als gleichberechtigte, aber verschieden kompetente Partner angesehen werden und der Lehrer als Moderator. Die Lehrenden sollten sich mit Didaktik auseinandersetzen, den Unterricht gezielt und systematisch planen sowie das lehrende Handeln didaktisch reflektieren. Pädagogische Konzepte in den psychotherapeutischen Ausbildungen müssten 1. mit dem Lehrer übereinstimmen und 2. strukturell mit den Behandlungskonzepten übereinstimmen (z.B. wenn etwas über freies Assoziieren vermittelt werden soll, kann nicht in ‚wenn-dann‘-Unterweisungen frontal unterrichtet werden, sondern z.B. durch assoziatives Lernen). Mit diesem Wissen über Lernprozesse kann die Ausbildung von Psychotherapeuten auf Seiten der Lerner und der Lehrer wirkungsvoller gestaltet werden.

B.6.2.1. Exkurs: Überprüfung von psychotherapeutischer Kompetenz

Die staatlichen Prüfungen sollen dazu dienen, das *Erreichen des Ausbildungszieles zu überprüfen*. Aus den Befragungen des Forschungsgutachtens zu den Prüfungen ergab sich jedoch das Ergebnis, dass die derzeitige schriftliche Prüfung dafür nur als „etwas“ und die mündliche Prüfung dafür „mittel“ geeignet sei (Strauß et al., 2009). Insgesamt ist die Überprüfung von psychotherapeutischer Kompetenzen aufgrund der Definitionsschwierigkeit ein kontrovers diskutiertes Thema. Hinzu kommt, dass in den meisten Definitionen Komponenten enthalten sind, die von ‚ihrer Natur her‘ kaum definierbar und demnach umso schwerer überprüfbar sind (Kahn, 2012), wie zum Beispiel die Selbstwirksamkeit in der personalen Kompetenz, die Fähigkeit, implizites Wissen zu nutzen, (BPtK, 2008), die intuitive Kompetenz (Buchholz, 2007) die „therapeutische Sicherheit“ und „reziproke Kritikfähigkeit“ (Rzepka-Meyer et al. 1998)).

Die Suche nach *alternativen Möglichkeiten der Kompetenzüberprüfung* ist demnach angebracht. Domma (2007) weist in ihrer Dissertation zum Thema „Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung“ auf die Wichtigkeit hin, verschiedene Beobachterperspektiven bei der Einschätzung des Therapieprozesses zu berücksichtigen, da die Teilnehmer von Therapeut, Patient und externem Beobachter häufig unterschiedlich wahrgenommen würden. Hierdurch könne die Validität der Beurteilung des therapeutischen Prozesses gesteigert werden (Domma, 2007). Vorschläge für andere Prüfungsformen machen auch Vogel und Alpers (2009). Sie befürworten die Berücksichtigung 'prüfungsähnlicher' Ausbildungsbausteine (Supervision, Selbsterfahrung), indem beispielsweise Beurteilungen aus der Supervision und ausbildungsbegleitende Selbstbewertungen in die Abschlussbeurteilungen mit aufgenommen werden, da dies im Gegensatz zu den derzeitigen Prüfungen auch eine langzeitliche Perspektive mit sich bringt (Domma, 2007). Reimer, Schüler und Ströhm (1998) schlugen im Sinne einer kontinuierlichen Kompetenzüberprüfung die Vereinbarung von überprüfbaren Zielen vor. Diese könnten auf der Basis eines kompetenzbasierten Auswahlverfahrens festgelegt werden und im Laufe der Ausbildung durch kontinuierliche Evaluierungen überprüft werden, wie auch Johnson et al. (2008) empfehlen. Nach Kahn (2012) schlagen die Prüfer in Deutschland vor, standardisierte therapeutische Situationen zu erarbeiten, mit denen der Prüfling konfrontiert werden soll oder ausführliche Falldiskussionen durchzuführen, zum Beispiel anhand mitgebrachter Video- oder Tonaufzeichnungen einer Behandlungsstunde. Vorgeschlagen wird weiterhin die Erprobung von alternativen Prüfungsmodellen in Anlehnung an Modelle aus der medizinischen Ausbildung (z.B. über Rollenspiele und Fragebögen zum Anwendungswissen wie bei Fischbeck, Deister und Schneider (2009) oder aus der Ausbildung von Lehrern (Beispieltherapiesitzungen analog zu Lehrproben).

Eine Arbeitsgruppe der American Psychological Association hat ebenfalls ein methodisches "toolkit" zusammengestellt, welches verschiedenste Möglichkeiten enthält, psychologische/psychotherapeutische Kompetenzen zu messen: Kaslow et al. (2009) schlagen Selbsteinschätzungen durch die Ausbildungsteilnehmer vor (siehe auch Broadfoot, 1998; Vogel & Schieweck, 2005b), Objektive Strukturierte Klinische Prüfungen (OSCE), Bewertung von durch die Ausbildungsteilnehmer angelegten Patientendokumentationen und schriftlichen Prüfungen.

B.7. Mangelnde Eignung bei Psychotherapeuten

„Any discussion of competence requires consideration of incompetence as well” (Falender & Shafranske, 2007, S. 237).

B.7.1. Schädliche Eigenschaften von Therapeuten

Immer mehr Studien weisen darauf hin, dass die Person des Therapeuten eine wichtige Rolle im Prozess einer Psychotherapie spielt, da sich trotz Training und kontrollierter Manualtreue Therapeuten in ihrer Behandlungseffektivität voneinander unterscheiden (z.B. Luborsky et al., 1997). Es scheint daher systematische Unterschiede in der Erfolgsrate von Psychotherapeuten zu geben, die auch unabhängig von der Symptombelastung der Patienten sind (z.B. Lutz et al. 2007; Okiishi et al., 2003). Franz Caspar fragte in einem Editorial der Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie: „Gibt es gute und schlechte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen?“ und führt Studien an, die diese Frage bejahen. Okiishi et al. (2003) verglichen die Therapieergebnisse von Patienten auf der Basis der ihnen zugeordneten Therapeuten und fanden, dass es Therapeuten gab, die eine bis zu zehnfach höhere Symptomreduktion bei ihren Patienten erreichten im Vergleich zu anderen Therapeuten, bei deren Patienten es zum Teil sogar zu Symptomverschlechterungen kam. Eine Studie von Rousaville et al. (1988, zitiert nach Märtens & Petzold, 2002) zeigte, dass es eine kleine Gruppe von Therapeuten gibt, die trotz intensiven Trainings und hoher Lernmotivation keine Kompetenz erlangten in der Behandlung von depressiven Patienten. Lutz et al. (2007) fanden in einer großen naturalistischen Studie ebenfalls große Therapeuteneffekte, die bis zu 17% der Varianz der Symptomverbesserung erklärten.

Bergin (1970, zitiert nach Märtens & Petzold, 2002) stellen theoretische Überlegungen über die Unvermeidlichkeit von negativen Therapieeffekten an. Sie meinen, dass es nach dem Grundsatz „was nicht wirkt, schadet auch nicht“ im Laufe einer Psychotherapie zu einer Erhöhung der Verhaltensvarianz kommt, in der neben der inzwischen vielfach nachgewiesenen Symptomverbesserung auch eine Symptomverschlechterung mit einer *Häufigkeit* von circa 10% inbegriffen ist. Für diese theoretisch hergeleitete Prozentzahl gibt es auch empirische Belege (z.B. Rüger, 2001; Mohr, 1995; Ogles, Lambert & Sawyer, 1995), die ebenfalls Prozentwerte von circa 10% für Therapieschäden fanden. Lambert & Bergin (1992, zitiert nach Märtens & Petzold, 2002) gehen von einer Spanne von 0-15 % aus.

Hoffmann et al. (2008) nennen drei therapeutenbezogene „Ursachen“ von unerwünschten Therapieeffekten: 1. unprofessionelle Ausübung der Behandlung, 2. nicht-effektive Therapeut-Patient-Beziehung aufgrund einer mangelnden Passung von Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit und 3. unethisches Verhalten des Therapeuten.

Die Frage, die bei der Betrachtung unweigerlich gestellt werden muss, ist: „Welche Eigenschaften haben diese schlechteren Therapeuten?“. Bei Hoffmann et al. (2008) werden folgende Eigenschaften genannt, die als therapeutenseitige Prädiktoren für einen schlechten Therapieerfolg gelten:

- falsche Diagnostik (z.B. Deutung von strukturellen Einschränkungen bei Patienten als Abwehr, Unterschätzung der Schwere der Probleme des Patienten)
- nichttragfähige Therapeut-Patient-Beziehung
- Unterlassen des Ansprechens einer negativen Haltung des Patienten gegenüber dem Therapeuten/passive Hinnahme problematischer Aspekte im Patientenverhalten
- mangelnde Empathie / Verwendung verletzender u. unangemessener Interventionen
- negative Gegenübertragung zusammen mit Enttäuschung und Feindseligkeit d. Th.
- schlechte Technik:
 - starke Betonung bzw. zu häufiges Nutzen von Übertragungsdeutungen,
 - Festhalten an einer Standardmethode („Mehr des Gleichen“), vor allem bei Störungen in der therapeutischen Beziehung
 - Anwenden komplexer statt spezifischer Interventionen bei strukturell schwer gestörten Patienten
 - unkorrekte Verhaltensanalyse
 - Unfähigkeit, eine Sitzung zu strukturieren und zu fokussieren
- Nichtübereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses

Weitere Übersichten über negative Eigenschaften von Therapeuten finden sich unter anderem im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Beutler et al., 2004) und bei Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried und Hill (2010).

Die Thematik der ATN, die Kompetenzmängel aufweisen bzw. gar nicht geeignet erscheinen für den psychotherapeutischen Beruf ist sehr komplex und wurde im deutschsprachigen Raum bislang nur spärlich diskutiert (Pfäfflin & Kächele, 2005). Hier besteht demnach ein großer Forschungs- bzw. auch Regelungsbedarf.

B.7.2. Auswahlverfahren

Schon 1973 forderten Teilnehmer einer Ausbildungskonferenz in den USA die Formulierung adäquater Zugangsvoraussetzungen für die Bewerber: sozial relevante Erfahrungen und Ziele, interpersonale Fertigkeiten, Einstellungen und Motivationen wurden als prüfungsrelevant vorgeschlagen (Meara et al., 1988). Dass eine solche Forderung die Erhöhung der Ausbildungsqualität zum Ziel hat, stellt auch Kuhr (2005) fest, in dem er die persönliche Eignung eines Teilnehmers als einen Teil der Strukturqualität der Ausbildung nennt. Mehrere Jahrzehnte später gibt es eine erste empirische Untersuchung mit einem Prä-Post-Design, die die Eigenschaften der Ausbildungsteilnehmer zu Beginn der

Ausbildung erfasst hat (interpersonale Verhaltensweisen) und sie mit Erfolgskriterien während und am Ende der Ausbildung in Verbindung gesetzt hat (Eversmann, Schöttke, Wiedl & Rogner, 2011). Teilnehmer mit einer höheren interpersonalen Kompetenz zu Beginn der Ausbildung zeigten sich durchweg auch kompetenter in den therapeutischen Behandlungen und hatten weniger Therapieabbrüche. Die Eigenschaften zum Zeitpunkt des Auswahlverfahrens waren also bis zum Ende der Ausbildung von großer Bedeutung (Eversmann et al., 2011).

Von gesetzlicher Seite sind in Deutschland die Zulassungskriterien rein formaler Natur, nämlich die Grundberufe (PsychThG, 1998). Bestimmungen über Zulassungsgespräche existieren nicht, wodurch in jedem Ausbildungsinstitut eine andere Praxis vorherrscht, von gar keinem Aufnahmegespräch bis zu mehrtätigen Aufnahmeseminaren. In vielen psychoanalytischen Ausbildungsinstituten hat sich ein Zulassungssystem entwickelt, dass mehrere Zulassungsgespräche mit verschiedenen Lehranalytikern geführt werden müssen, nach denen eine Entscheidung über die Aufnahme gefällt wird. Die Lehranalytiker stehen hier unter dem enormen Druck, ein sehr sicheres prognostisches Wissen über die Entwicklungsfähigkeit von Personen zu besitzen (Ringler, 1994).

Verschiedene Autoren nennen Merkmale, die Ausbildungskandidaten schon mitbringen sollten:

- eine genuine Fähigkeit, gute Beziehungen herzustellen oder die Abwesenheit von starken Kontrollmotiven (Beutler et al., 2004).
- eine Fähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen sowie Empathie, Intuition und die Kapazität zum Denken (Mander, 2004)
- Lernfähigkeit und die Fähigkeit, erfolgreich mit anderen Menschen in Interaktion zu treten (Pehlivanidis et al., 2006)
- Motivation/Ausdauer, relevante Interessen, Hinweise auf klinische Fähigkeiten, akademische Fähigkeiten, Problemlösefähigkeit und Kreativität, persönliche Qualitäten: Wärme, Empathie, Sensibilität, Selbstvertrauen, Reife, Stabilität, soziale Fähigkeiten (Kommunikation, Durchsetzungsvermögen) (Kuhr, 2005).

Nach Reimer et al. (1998) sollen demnach in einem Auswahlgespräch folgende Themen besprochen/eruiert werden: Vorerfahrungen, Gründe für Wahl des Verfahrens und Zeitpunkt des Beginns der Ausbildung, Erwartungen, persönliche Eignung/Eigenthherapie und eine Klärung der Rahmenbedingungen (Zeitbudget, Finanzierung der Ausbildung).

Insgesamt existiert jedoch noch zu wenig Forschung, welche Eigenschaften in der Ausbildung lernbar sind und welche vorausgesetzt werden müssen, um inhaltliche Kriterien für die Zulassung zur Ausbildung empirisch zu basieren. Nach Vogel und Alpers (2009) sowie O'Donovan und Dyck (2001) sind einige Kompetenzvariablen so persönlichkeitsnah, dass sie in der Ausbildung nur bedingt erreichbar sind, weswegen die Prüfung des Zugangs zur Ausbildung von großer Wichtigkeit sei. Systematische Auflistung von und Forschung zu Kriterien, die in Auswahlverfahren angewendet werden können, fehlt jedoch bislang. Bis

dahin müssen die Intuition (Mander, 2004) und Plausibilitätsüberlegungen (Kuhr, 2005) genutzt werden.

B.7.3. Umgang mit ungeeigneten Teilnehmern in der Ausbildung

„Others have warned that turning a blind eye to trainee competence problems might simultaneously endanger the public and the public's image of professional psychology” (Johnson et al., 2008, S. 590).

Die Problematik von Teilnehmern mit Schwächen in der therapeutischen Kompetenz bis hin zur Nicht-Eignung für den Psychotherapeutenberuf wird in der englischsprachigen Literatur unter dem Begriff “professional competency problems” diskutiert - vor dem Hintergrund der so genannten ‚gate-keeper‘-Funktion der Psychotherapieausbildung, also der ethischen Verantwortung, nur qualitativ hochwertig ausgebildete und kompetente Psychotherapeuten für die Approbation und die Arbeit in der Praxis von der Ausbildung zu ‚entlassen‘. Vor allem ForscherInnen um Nancy Elman, Nadine Kaslow und Linda Forrest haben sich hier verdient gemacht. Sie gehören unter anderen einer Arbeitsgruppe der „American Psychological Association“ (APA) an, die sich spezifisch mit dem Thema “professional competency problems” beschäftigt („Trainees with Competence Problems Workgroup“). Das Thema ist im amerikanischen Raum schon so weit diskutiert, dass die ‚American Psychological Association‘ (APA) durch die o.g. Arbeitsgruppe Richtlinien für den Fall von ATN mit “professional competency problems” aufgestellt hat, die unter anderem folgende Maßnahmen beinhalten (zitiert nach Elman, Springer, Baker, 2008):

- Erhöhung der Supervision
- Veränderung des Formates und des Fokus der Supervision
- Verringern der Fallzahl des Ausbildungsteilnehmers
- Durcharbeiten lassen von spezifischem Arbeitsmaterial
- Empfehlen oder Fordern von Eigentherapie
- Fordern weiterer Praktika.

Weiterhin hat die APA einen konkreten „competency remediation plan“ erstellt, bei dem auffällige Ausbildungsteilnehmer zusammen mit dem Supervisor konkrete Kompetenzbereiche beschreiben müssen, in denen Mängel vorhanden sind. Für diese Bereiche werden dann erwartete Veränderungen und ein Zeitrahmen festgelegt, in dem eine erneutes Treffen und Besprechen der Mängel notwendig wird.

Im deutschsprachigen Raum gibt es solche konkreten Richtlinien auf Ebene z.B. von Fachgesellschaften etc. (noch) nicht, obwohl einige Autoren ebenfalls dazu publiziert haben. Schon 1998 schlagen Reimer et al. (1998, S. 636-637) vier Schritte zum Umgang mit „problematischen“ Ausbildungsteilnehmern vor, die ähnlich dem „competency remediation plan“ der APA sind:

1. Der Ausbildungsteilnehmer wird vom „Problemseher“ (Dozent, Supervisor, SEL) angesprochen. Gemeinsam werden Wege gesucht und Empfehlungen gegeben.
2. Der Ausbildungsteilnehmer wird darüber informiert, dass die Information an den Mentor (Mitarbeiter des Instituts, der eine Ausbildungsgruppe verantwortlich betreut) weitergeleitet werden muss.
3. Gespräch zwischen Ausbildungsteilnehmer (auf Wunsch gemeinsam mit einer Vertrauensperson), dem „Problemseher“ und Mentor der Gruppe. Es wird etwas Überprüfbares zur Veränderung vereinbart (evtl. Therapie), operationalisierte Ziele werden festgelegt. Geeignete Förderprogramme für den Teilnehmer sind zu erstellen.
4. Institutsleitung entscheidet.

Reimer et al. (1998) betont dabei die Wichtigkeit der Transparenz des Prozesses und einer eventuellen Entscheidung gegenüber dem Ausbildungsteilnehmer und die Wichtigkeit der Kommunikation mit allen Beteiligten zur Klärung des Sachverhaltes. Jacobs et al. (2011) stellten fest, dass es innerhalb von Ausbildungsinstituten einige Barrieren –persönlicher, kontextueller oder systembedingter Natur- gibt, die beteiligte Lehrkräfte und Leitungspersonen daran hindern, entscheidende Gespräche mit Ausbildungsteilnehmern über deren Kompetenzproblematik zu führen, obwohl sie nach klinischer Erfahrung wissen müssten, dass Vermeiden und Herausschieben Probleme nicht löst, sondern eher verschlimmert. Trotz dieser Barrieren und eines Mangels an klaren Richtlinien bzw. empirisch gestützten Kriterien für mangelnde Eignung existieren dennoch einige Merkmale (siehe Kapitel B.7.1), die als Warnsignale sehr ernst genommen werden sollten und bei denen Interventionen eingeleitet werden sollten, um ‚harmful effects‘ (Castonguay et al., 2010) für die Patienten zu minimieren.

Insgesamt sollte jedoch auch bedacht werden, dass eventuell einige Kompetenzen Mängel in anderen Kompetenzbereichen ausgleichen können (Vogel & Alpers, 2009), wozu jedoch ebenfalls Forschungsbeiträge fehlen.

B.8. Qualitative Datenauswertung

Da die Analysen in dieser Arbeit zu einem Großteil qualitativer Natur sind, soll an dieser Stelle ein kurzer theoretischer Überblick über qualitative Methodik gegeben werden. Dabei wird aufgezeigt, dass die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse das Verfahren der Wahl für die vorliegenden Daten (freie Antworten auf offene Fragen der Supervisoren, SEL und Institutsleiter) ist. Diese wird zunächst ebenfalls überblicksartig vorgestellt und schließlich das konkrete Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt.

B.8.1. Überblick

Nach Flick (2009) existieren verschiedene Basisdesigns qualitativer Forschung, die sich jeweils im Hinblick auf die Methodik und die Art der Datenauswertung unterscheiden:

- Fallstudien (Beschreibung/Rekonstruktion eines aussagekräftigen Einzelfalles)
 - Methodik: narratives Interview, Ethnographie
 - Datenauswertung: fallrekonstruktive, hermeneutische Verfahren, Triangulation verschiedener Methoden
- Vergleichsstudien (vergleichende Betrachtung einer Vielzahl von Fällen im Hinblick auf einen spezifischen Aspekt)
 - Methodik: gezielte Interviews
 - Datenauswertung: kodierende Verfahren
- Retrospektive Studien (biographische Forschung, rückblickende Analyse von Ereignissen und Prozessen in ihrer Bedeutung)
 - Methodik: konstruktivistische Perspektive, erzählgenerierende Verfahren
 - Datenauswertung: narrative, hermeneutische Ansätze mit dem Ziel der Theorieentwicklung
- Momentaufnahmen (Ausprägungen von Expertenwissen, Zustandsbeschreibung)
 - Methodik: Interviews, Beobachtungen
 - Datenauswertung: kodierende Verfahren
- und Längsschnittstudien (Prozess oder Zustand wird zu mehreren Zeitpunkten analysiert)
 - Methodik: Beobachtung, Ethnographie, Leitfadeninterviews
 - Datenauswertung: je nach Methodik.

Nach dieser Einteilung richtet sich die angewandte Methodik der offenen Fragen im Rahmen des Forschungsgutachtens nach dem Design von *Momentaufnahmen* von Expertenwissen. Bei Flick (2009) sind dafür die Erhebungsmethodiken des Interviews oder der Beobachtungen angegeben. Generell lassen sich nach Flick (2009) qualitative Erhebungsmethodiken grob in zwei Richtungen unterteilen: das Erheben von verbalen Daten oder das Erheben von Beobachtungs- oder medialen Daten (Foto, Video, Film). Nach dieser groben Unterteilung sind die in der vorliegenden Arbeit angewandten offenen Fragen

im Rahmen eines Fragebogens unter ‚verbale‘ Daten einzuordnen, die nach der Art eines explorativen Experteninterviews (Flick, 2010) mit jeweils nur einer Frage durchgeführt worden sind. Hierbei wurde der Interviewcharakter durch die Fragestellung im paper-pencil Fragebogen oder im Online-Fragebogen ersetzt. Nach Flick (2009) sind für die Datenauswertung von Momentaufnahmen von Expertenwissen kodierende Verfahren anzuwenden. Dabei unterscheidet Flick (2009) zwischen (a) theoretischem Kodieren (Entwickeln einer gegenstandsbegründeten Theorie nach dem Ansatz der ‚Grounded Theory‘; Glaser & Strauss, 1998, zitiert nach Flick, 2009), (b) thematischem Kodieren (Vergleichen von Gruppen anhand von ausgewählten Einzelfällen), (c) der Globalauswertung (Erstellen von Gliederungen zur Übersicht über das thematische Spektrum eines Textes) und schließlich (d) der *qualitativen Inhaltsanalyse* (Reduktion des Materials).

B.8.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für den Zweck der Auswertung der offenen Fragen ist die Herangehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring am geeignetsten, da das Ziel der Arbeit darin besteht, die wichtigsten Inhalte der Antworten der Supervisoren, SEL und Institutsleiter zur Beantwortung der explorativen Fragestellungen zusammenzufassen.

Zahlreiche, häufig der Kritik ausgesetzte Definitionsversuche (u. a. Merten, 1995, zitiert nach Thiel, 2010) sind Hinweis für die Schwierigkeit, den Begriff Inhaltsanalyse zu präzisieren. In der Literatur wird häufig die Definition von Fröh (2007, zitiert nach Thiel, 2010, S. 31) zitiert: „Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen.“ Mayring geht angesichts der Fülle von früheren Definitionen dazu über, diesen keine neue entgegenzustellen, sondern die für ihn maßgeblichen Punkte von sozialwissenschaftlicher Inhaltsanalyse zu erörtern (Mayring, 2010, zitiert nach Kahn, 2012):

1. Inhaltsanalyse hat Kommunikation zum Gegenstand.
2. Kommunikation liegt in jedem Fall in fixierter Form, meist schriftlich vor.
3. Das Vorgehen muss in systematischer Weise erfolgen.
4. Die Analyse muss nach klar festgelegten Regeln erfolgen.
5. Inhaltsanalyse erfolgt theoriegeleitet. Das Material wird entsprechend einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert.
6. Inhaltsanalyse ist eine schlussfolgernde Methode, da sie darauf abzielt, Rückschlüsse auf bestimmte Charakteristika der Kommunikation, wie z.B. Erkenntnisse über den Sender zu ermöglichen.

Mayring (2008) unterscheidet drei Formen der qualitativen Inhaltsanalyse: die zusammenfassende, die strukturierende und die explizierende. Für diese drei Formen existieren jeweils spezifische Ablaufmodelle. Weiterhin unterscheidet Mayring (2008) das induktive versus das deduktive Vorgehen und gibt auch dafür jeweils spezifische Ablaufmodelle an. Das induktive Vorgehen ist dadurch gekennzeichnet, dass die

Kategoriendefinitionen sich direkt aus dem Material ableiten und sich nicht auf vorab formulierte Theorienkonzepte beziehen (im Rahmen der ‚Grounded Theory‘: offenes Kodieren). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ist hier das Instrument der Wahl. Beim deduktiven Vorgehen bestimmen theoretische Überlegungen das Auswerten und die Kategoriendefinitionen. Die strukturierende Inhaltsanalyse ist nach Mayring (2008) ein Beispiel dafür. Die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring ist trotz ihrer grundlegend qualitativen Natur auch deutlich an der Methodologie quantitativer Forschung orientiert (Lamnek, 2010; S. 480f). Dies zeigt sich darin, dass das Individuum, welches Inhalt in irgendeiner Form beigesteuert hat, nicht in seiner individuellen Komplexität beurteilt wird, sondern durch analytische Kategorien sozusagen ‚skaliert‘ wird. Weiterhin ist im gesamten Ablauf und der strengen Systematik nur noch wenig vom interpretativen Paradigma der qualitativen Forschung übrig, was durch die dadurch erlangte Handhabbarkeit und Vergleichbarkeit genau das Ziel von Mayring ist (Flick, 2009; S. 416).

B.8.3. Spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien

An der Anwendung der klassischen Gütekriterien (Re-Test-, Parallel-Test- und Split-Half-Reliabilität; Validität durch Außenkriterium, Vorhersagevalidität, Extremgruppen, Konstruktvalidität bzw. Objektivität) wird im Rahmen der qualitativen Forschung Kritik geübt, weshalb für die Reliabilität, Validität und Objektivität spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien entstanden sind (Mayring, 2008). Die Objektivität fällt in der Inhaltsanalyse mit der Reliabilität zusammen, da die Reliabilität auch die Verfahrensdokumentation und die Güte des Kodierleitfadens mit berücksichtigt, die für eine vom Untersucher unabhängige (objektive) Durchführung Voraussetzung sind.

Tabelle B.8-1: Spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien (nach Mayring, 2008)

Gütekriterium	Fokus	Gütekriterium	Bedeutung
Validität im engeren Sinne	Materialorientiert	semantische Gültigkeit	Angemessenheit der Kategoriendefinitionen
		Stichprobengültigkeit	exakte Stichprobenziehung
	Ergebnisorientiert	korrelative Gültigkeit	Korrelation mit Außenkriterium
		Vorhersagegültigkeit	Ableitung von Prognosen
	Prozessorientiert	Konstruktgültigkeit	Richtigkeit der Kategorien
Reliabilität	Zuverlässigkeit	Stabilität	Konstanz der Ergebnisse
		Reproduzierbarkeit	Wiederholbarkeit der Ergebnisse durch andere Untersucher
		Exaktheit	funktioneller Standard, setzt Stabilität und Reliabilität voraus

C. Fragestellungen

Wie im theoretischen Teil der Arbeit beschrieben, nimmt mit der staatlichen Anerkennung des Berufes des Psychotherapeuten die Sicherung der Qualität eine besondere Rolle ein, besonders auch während der Ausbildung. Als ein Aspekt der Qualitätssicherung wurden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Ausbildungsziele eingegrenzt (KJPsychTh-APrV, 1998; PsychTh-APrV, 1998), die insgesamt als die Entwicklung *psychotherapeutischer Kompetenzen* zusammengefasst werden können. National und international gesehen existieren mehrere Definitionen psychotherapeutischer Kompetenzen (zum Beispiel BPtK, 2008; EAP, 2011), ein allgemeiner Konsens besteht jedoch nicht. Ähnlich ist die Situation bei Kriterien für *mangelnde Eignung* von (angehenden) Psychotherapeuten. Hier fehlen noch im stärkeren Maße Definitionen, wie auch Richtlinien für den Umgang mit ungeeigneten Teilnehmern. Für das Erreichen der angestrebten psychotherapeutischen Kompetenzen sowie der Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung spielen die Ausbildungsbestandteile *Supervision und Selbsterfahrung* eine besondere Rolle. Sie werden im Allgemeinen von den Absolventen und ATN als nützliche und zufrieden stellende Komponenten angesehen, allerdings existieren jeweils problematische Aspekte, die hinderlich sind für den Kompetenzerwerb und im Hinblick auf die Qualitätssicherung. Die Personen, die den größten Einblick in diese Ausbildungsbestandteile und ihre Stärken und Schwächen haben, sind die Institutsleiter, die Supervisoren, die Therapeuten, die die Selbsterfahrung/Lehranalysen durchführen. Deren Einschätzung der Kompetenzerreichung, von Problembereichen sowie Vorschlägen zur Verbesserung von Selbsterfahrung und Supervision sind daher Thema dieser Arbeit und stellen wertvolle Anregungen zur Qualitätssteigerung dar.

Folgende Fragen sollen auf Basis der Daten aus dem Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung (Strauß et al., 2009) beantwortet werden:

1. Welche Problembereiche und Verbesserungsvorschläge gibt es für die Supervision und Selbsterfahrung?
2. Wie können diese Probleme/Verbesserungsvorschläge in der Supervision und Selbsterfahrung im Hinblick auf die Entwicklung und Sicherung psychotherapeutischer Kompetenzen beurteilt werden?
3. Welche psychotherapeutischen Kompetenzen werden aus der Sicht der Ausbildungsstättenleiter für die wichtigsten gehalten?
4. Welche Kriterien mangelnder Eignung für den Psychotherapeutenberuf werden beschrieben?
5. Wie hoch wird der Anteil ungeeigneter Ausbildungsteilnehmer geschätzt?
6. Wie wird derzeit mit ungeeigneten Ausbildungsteilnehmern umgegangen?
7. Welcher Umgang mit ungeeigneten Kandidaten wird vorgeschlagen?

D. Methodik

D.1. Vorgehen und Ablauf des Forschungsgutachtens

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMG) schrieb am 03.09.2007 einen Auftrag für ein „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ aus (Strauß et al., 2009). Der Gutachtenauftrag wurde im Dezember 2007 an eine Gruppe von Forschern und Psychotherapeuten um Prof. Dr. Bernhard Strauß vergeben. Unmittelbar darauf wurden die konkrete Umsetzung der geplanten Arbeitspakete und die entsprechenden methodischen Strategien festgelegt. Schon kurz nach Beginn der Förderphase im Januar 2008 wurden Fragebögen und Anschreiben an die Zielgruppen erstellt, so dass im April 2008 die ersten Erhebungen stattfanden. Bis auf eine zweistufige Expertenbefragung wurden alle Erhebungen bis Herbst 2008 abgeschlossen werden und bis zum Ende des Jahres 2008 wurden vorläufige Auswertungen vorgenommen. Diese wurden im Rahmen eines Panels am 28. Januar 2009 der Fachschaft vorgestellt. Im Februar und März 2009 wurden die Auswertungen vervollständigt und schriftlich zusammengefasst. Im gesamten Verlauf des Gutachtenprozesses (Abbildung D.1-1) war die Gutachtergruppe in stetigem Austausch via Telefonkonferenzen und Arbeitstreffen.

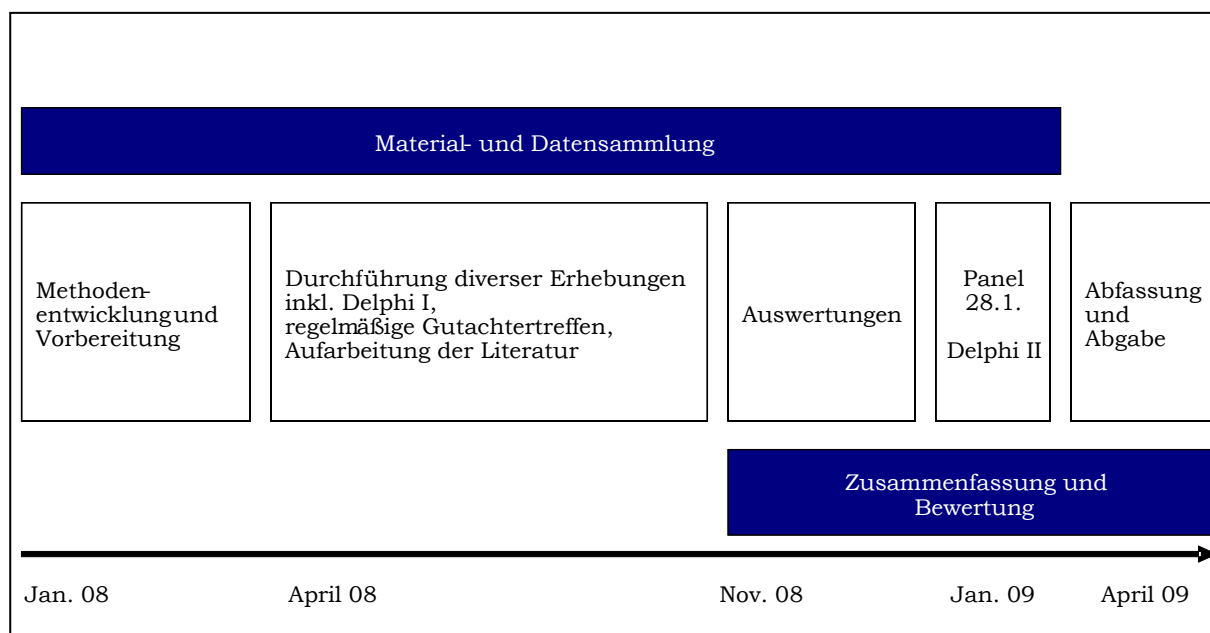


Abbildung D.1-1: Ablauf des Forschungsgutachtenprozesses (nach Strauß et al., 2009)

Der Gutachtenauftrag beinhaltetete fünf Arbeitspakete:

1. Aufarbeitung der aktuellen Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie
2. Darstellung der Entwicklungen in der Psychotherapie im In- und Ausland
3. Aussagen zu Inhalten und Ausgestaltung der alten und neuen pädagogischen und psychologischen Studiengänge
4. Erarbeitung von Vorschlägen zu neuen inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Ausbildung in PP und KJP

5. Bewertungen bezüglich der Möglichkeit einer der ärztlichen Ausbildung vergleichbaren Direktausbildung (nach Strauß et al., 2009).

Die Arbeitspakete wurden über unterschiedliche methodische Zugänge realisiert, wie Fragebogenerhebungen, Analysen von Studienordnungen, Befragungen von Experten durch eine Delphi-Befragung. Das genaue Vorgehen pro Arbeitspakt ist bei Strauß et al. (2009) nachzulesen. Alle Erhebungen und die Anzahl der Teilnehmer sind in Tabelle D.1-1 dargestellt. Die vorliegende Dissertationsarbeit stützt sich auf die Ergebnisse, die im Rahmen des ersten Arbeitspaketes gewonnen wurden (Befragung der Ausbildungsstättenleiter/Institutsleiter und Lehrkräftebefragung).

Tabelle D.1-1: Übersicht über die Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtens (nach Strauß et al., 2009)

Zielgruppe	N
staatliche Aufsichtsbehörden (Landesprüfungsämter)	16
Institute/Ausbildungsstätten	
Institutsleiterbefragung I	161
Institutsleiterbefragung II	129
Praxisstätten	
Lehrpraxen	89
Kliniken	183
Ausbildungsteilnehmer	
aktuell in Ausbildung (ATN)	3223
Absolventen – ehemalige Ausbildungsteilnehmer (ABS)	666
Studierende – potentielle Ausbildungsteilnehmer	480
Lehrkräfte (Theorie, Supervision, Selbsterfahrung, Prüfung)	2196
Erhebung zur Situation der Psychotherapie in anderen (EU-)Ländern	23

D.2. Fragebögen und Kontaktierungsstrategien

Die im Folgenden beschriebenen Erhebungen und Fragebögen sind in aller Ausführlichkeit im Forschungsgutachten und dessen Begleitband beschrieben, dort sind auch alle Fragebögen abgedruckt (Strauß et al., 2009).

D.2.1. Befragung der Lehrkräfte

D.2.1.1. Fragebogenerstellung und Validierung

Grundlage für den Fragebogen waren hauptsächlich der Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSIP, Dresenkamp & Jäger, 2007), der Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit (FAZ, unith e.V., 2007), der Fragebogen zur Professionellen Entwicklung von PsychotherapeutInnen (CRN, Rønnestad & Orlinsky, 2005), der Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit am Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT, Bayer, 2007) sowie die Leistungsbeschreibung des Forschungsgutachtens des BMG. Eine Validierung der Fragen im eigentlichen Sinne erfolgte aus Gründen des knappen Zeitplanes nicht, es wurde jedoch die innerhalb der Arbeitsgruppe bestehende Expertise zur Fragebogenerstellung genutzt und der Fragebogen

wurde mehrfach innerhalb der Arbeitsgruppe revidiert. Der Fragebogen bestand in einer Papier- und in einer Onlineversion. Die Onlineversion wurde mittels einer Open-Source Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey® programmiert (Schmitz, 2008). Jeder Befragungsteilnehmer erhielt einen einmaligen Zugangscode, mit dem der anonyme Zugang zum Fragebogen möglich war oder eine Papierversion angefordert werden konnte.

D.2.1.2. Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus 80 inhaltlichen Fragen und 16 Fragen zu allgemeinen demographischen Angaben. Die Ausfülldauer variierte je nach Anzahl der ausgeübten Funktionen der Lehrkräfte und des Umfangs der Beantwortung der offenen Fragen von ca. 30 bis 60 min. Bei der Mehrzahl der Fragen handelte es sich um freiwillige Angaben. Dies wurde aufgrund der Länge des Fragebogens so festgelegt, um ein vorzeitiges Abbrechen bei Ablehnung einzelner Fragen zu vermeiden.

Die Lehrkräfte wurden gebeten die Ausbildungsbausteine theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung hinsichtlich der Struktur, der Zufriedenheit sowie hinsichtlich des zeitlichen Aufbaus und Umfangs zu beschreiben und zu bewerten. Außerdem standen offene Fragen zur Verfügung zum Beschreiben von Problemen und Verbesserungsvorschlägen der Ausbildungsbestandteile. Die staatlichen Prüfungen wurden bewertet in Bezug auf die Bewährung der bisherigen Prüfungen und der Prüfungsvorbereitung. Weiterhin wurden die Lehrkräfte unter anderem gebeten, Einschätzungen zu perspektivischen Fragen (verfahrensorientierte/störungsspezifische Ausbildung, Erwerb ärztlicher Kompetenzbereiche) und Einschätzungen der Kompetenzen der Ausbildungsteilnehmer abzugeben.

D.2.1.3. Kontaktierungsstrategie

Eine Onlinebefragung wurde bevorzugt, da eine Vollerhebung aller Lehrkräfte in der Psychotherapieausbildung angestrebt war und die Grundgesamtheit auf über 5000 Personen geschätzt wurde. Die Möglichkeit des Anforderns eines Papierfragebogens bestand. Der Kontakt zu den Lehrkräften wurde über die Ausbildungsinstitute hergestellt. In einem Anschreiben im April 2008 wurden diese gebeten, die Namen und soweit vorhanden die E-Mailadressen/Postadressen der Lehrkräfte an Ihrem Institut mitzuteilen. Gegebenenfalls konnte auch nur die Anzahl der pro Institut tätigen Lehrkräfte angegeben werden. Die Lehrkräfte wurden durch diese Informationen über mehrere Wege kontaktiert:

- Per E-Mail (versandt direkt durch Koordinierungszentrum in Jena)
- Per Anschreiben (postalisch direkt versandt durch Koordinierungszentrum in Jena)
- Per Anschreiben (von den Instituten weitergeleitet)
- Per E-Mail-Anschreiben (von den Instituten weitergeleitet)

Die E-Mail bzw. die Anschreiben enthielten kurze Informationen über das Forschungsprojekt sowie die Adresse der Internetseite und den persönlichen Zugangscode. Informationen zur Anforderung einer Papierversion (telefonisch, per Fax oder per E-Mail)

waren ebenfalls angegeben. Es wurden N=5797 Lehrkräfte von den Instituten zurückgemeldet und kontaktiert, wobei die genaue Anzahl der erreichten Lehrkräfte durch inkonsistente Rückmeldungen nicht genau bestimmt werden kann. Es wird von einer Grundgesamtheit von 5600 (unter Berücksichtigung von Mehrfachstätigkeit der Lehrkräfte) ausgegangen und von einer Mindestanzahl von N=5450 kontaktierter Lehrkräfte, davon n=342 per Fragebogen. Die Online-Erhebung startete mit einem Versand der Einladungsmails am 19.6.2008, die Anschreiben an die Institute bzw. postalisch direkt an die Lehrkräfte startete am Ende Juni 2008. Die Deadline für die Online-Befragung war der 30.09.2008. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich demnach über 3,5 Monate.

D.2.1.4. Stichprobenbeschreibung

Die gesamte Stichprobe der Lehrkräfte (N=2196) ist ausführlich in Strauß et al. (2009) beschrieben. In der folgenden Tabelle sind ausschließlich die Supervisoren und SEL soziodemographisch beschrieben (Tabelle D.2-1).

Tabelle D.2-1: Stichprobenbeschreibung der Supervisoren und SEL

	Supervisoren (n=1493)			Selbsterfahrungsleiter (n=768)		
	M (SD)	%	% Fehlende Werte	M (SD)	%	% Fehlende Werte
Alter	54,9 (7,9)	-	23,6	57,2 (7,5)		21,5
Grundberuf			23,7			21,2
Psychologe		51,2			53,3	
Arzt		18,2			22,4	
Sonstige		6,9			3,1	
Geschlecht			24,0			21,6
Männer		38,0			41,4	
Frauen		37,9			37,0	
Verfahren			24,0			21,4
PD		44,3			53,5	
VT		25,5			18,1	
PD+VT		6,3			7,0	
Ausbildungsgang			21,7			18,9
PP		47,9			51,3	
KJP		10,4			5,6	
KJP+PP		20,0			24,2	

Die beiden Stichproben ähneln sich von der soziodemographischen Verteilung. Bei einem durchschnittlichen Alter von Mitte bis Ende Fünzig gibt es gleich viele männliche wie weibliche in diesen Funktionen tätige Therapeuten. Es überwiegen Psychologen sowie die psychodynamisch begründeten Psychologische Psychotherapeuten. Der Anteil fehlender Werte ist wie bei allen Angaben zur Soziodemographie hoch (circa ein fünftel bis ein viertel der Stichprobe), da diese Fragen am Ende einer ohnehin langen Onlinebefragung standen.

D.2.2. Befragung der Institutsleitungen

Der Fragebogen für die Institutsleitungen wurde überwiegend im Hinblick auf die Beantwortung der Fragen des BMG entworfen. Weiterhin wurden die Inhalte des

Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für eine Bewertung aufgenommen sowie aktuelle Fragen aus der berufspolitischen Diskussion und der Ausbildungsforschung (z.B. Kinderbetreuung, Kompetenzüberprüfung, Abhängigkeitsverhältnis zu Supervisoren, inhaltliche Mindestvoraussetzungen, qualitätssichernde Maßnahmen). Der Fragebogen umfasste zunächst 58 Fragen zur aktuellen Ausbildungssituation (u.a. institutionelle Rahmenbedingungen, einzelne Ausbildungsbausteine und Einschätzungen zu Kompetenzen und mangelnder Eignung). In einem zweiten Teil wurde nach einer Bewertung der Stärken und Schwächen der gegenwärtigen gesetzlichen Situation und deren Umsetzung gefragt. Im dritten Teil des Fragebogens schließlich wurden 26 Fragen zu Zukunftsperspektiven formuliert.

D.2.2.1. Kontaktierungsstrategie und Erhebungszeitraum

Die Institutsleitungen wurden postalisch und persönlich kontaktiert. Die Adressen und Namen der Institutsleitungen wurden über die Landesprüfungsämter bezogen bzw. waren diese Daten auch öffentlich auf den Internetseiten der Institute zugänglich. Die Kontaktierung erfolgte im Juni 2008, das Befragungsende war der 19. September 2008, wobei verspätete Rücksendungen um bis zu einen Monat möglich waren. Von 173 angeschriebenen Ausbildungsstätten beantworteten n=129 den Fragebogen, was einem Rücklauf von 74,6% entspricht.

D.2.2.2. Stichprobenbeschreibung

Tabelle D.2-2: Beschreibung der Stichprobe der Ausbildungsstätten(leiter)

Ausbildungsstätten (n=129)	%	% Fehlende Werte
Verortung		23,6
universitär	10,9	23,7
universitär angebunden	7,0	
nicht universitär	82,2	
Verfahren		0,0
PD	49,6	
VT	43,4	
PD+VT	7,0	
Ausbildungsgang		0,0
PP	53,5	
KJP	12,4	
KJP+PP	34,1	

D.3. Auswertungsstrategien

D.3.1. Qualitative Auswertungsstrategien

In qualitativer Form wurden folgende Variablen ausgewertet:

- Supervision (aus der Lehrkräftebefragung):
 - Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang mit der Supervision in der Ausbildung in PP/KJP?
 - Welche weiteren Veränderungsvorschläge haben Sie (zur Supervision)?

Die Antworten auf diese Fragen wurden außerdem strukturiert nach der folgenden Frage ausgewertet:

 - Wie sehen die Supervisoren den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten?
- Selbsterfahrung (aus der Lehrkräftebefragung):
 - Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang mit der Selbsterfahrung in der Ausbildung in PP/KJP?
 - Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie bezüglich der Selbsterfahrung?

Die Antworten auf diese Fragen wurden außerdem strukturiert nach der folgenden Frage ausgewertet:

 - Wie sehen die SEL den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten?
- Mangelnde Eignung (aus der Befragung der Institutsleiter):
 - Welche Kriterien für mangelnde Eignung gibt es?
- Psychotherapeutische Kompetenzen (aus der Befragung der Institutsleiter):
 - Welche drei psychotherapeutischen Kompetenzen sollten die Ausbildungsteilnehmer am Ende der Ausbildung erlangt haben?

Die Länge der schriftlichen Antworten war jeweils unbegrenzt. Wie bereits unter Kapitel B.9 erläutert, eignete sich für die Auswertung die Vorgehensweise der *qualitativen Inhaltsanalyse* (Mayring, 2008), welche im Folgenden beschrieben wird. Zur Datenauswertung wurde das Programm Microsoft Office Excel 2007 und zur anschließenden Häufigkeitsanalyse das sozialwissenschaftliche Statistikprogramm SPSS in der Version 19 genutzt.

Von den drei möglichen Formen der Inhaltsanalyse (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung) wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewählt. Diese verfolgt das Ziel, durch Abstraktion das Textmaterial so zu reduzieren, dass die charakteristischen Aspekte noch erhalten bleiben. Die einzelnen Schritte sind in Abbildung D.3-1 skizziert.

Als Analyseseinheit wurde entweder eine komplette Antwort einer Lehrkraft verwendet oder - falls diese mehrere inhaltliche Aspekte abdeckte - eine inhaltlich homogene, nicht weiter aufzuteilende Einheit einer Antwort.

1. Bestimmung der Analyseeinheiten	
2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textelemente	
3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus sowie Generalisierung der Paraphrasen unter diesem	Ein Schritt bei großen Mengen
4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen	
5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem/den angestrebten Abstraktionsniveau(s)	
6. Zusammenstellen der neuen Aussagen als Kategoriensystem	
7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial	

Abbildung D.3-1: Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008)

Zunächst erfolgte die so genannte Paraphrasierung der einzelnen Aussagen. Dabei wurden diese auf knappe Elemente reduziert, als Spalten in das Excel-Dokument eingefügt und in einem weiteren Analyseschritt bzw. durch das Durchsehen weiterer Aussagen auf das angestrebte Abstraktionsniveau einer Einzelkategorie generalisiert. Später wurden diese Einzelkategorien durch Bündelung und Integration zu Ober- und zum Teil noch zu Hauptkategorien zusammengefasst. Dies sollte die Verdeutlichung und Interpretation des Materials auf verschiedenen Abstraktionsniveaus ermöglichen. Als Leitidee für die Abstrahierung und das Abstraktionsniveau galt, dass die Kategorien so homogen wie möglich sein sollten und sich sogleich zu den anderen Kategorien so stark wie möglich unterscheiden sollten (Lincoln & Guba, 1985). Außerdem sollten die entwickelten Kategorien (Einzel-, Ober- und Hauptkategorien) ein gleiches Abstraktionsniveau pro Kategorienebene haben. Die Kategorienbezeichnung wurden möglichst nah an den Originalformulierungen orientiert (Mayring, 2008).

Diese Zuordnung/Kodierung der Aussagen zu den Kategorien wurde mehrmals erneut überprüft, sobald neue Kategorien bzw. neue Abstraktionsniveaus entstanden sind. Außerdem wurde mehrfach überprüft, ob die entstandenen Kategorien noch eine Repräsentation des Ausgangsmaterials waren. Somit stellen diese Kategorien eine direkte, gegenstandsnahe Abbildung der abstrahierten Aussagen der Lehrkräfte dar. Die erstellten Kategorien wurden außerdem Ratern vorgelegt, die mit der Thematik vertraut waren (Diplomanden, Bachelorstudenten). Nach deren Rückmeldungen wurden einzelne Kategorien nochmals verändert bzw. zu detaillierte inhaltlich ähnliche Kategorien zusammengefasst. Die folgende Tabelle (Tabelle D.3-1) stellt beispielhaft weitere Aspekte und Prozesse der Kategorienbildung dar.

Tabelle D.3-1: Darstellung des systematischen Modells zur Kategorienbildung nach Mayring (2008) mit einem beispielhaften Kategoriensystem

Ablaufpunkt	Leitideen für Kategoriensystems „Probleme der Supervision“
1. Gegenstand, Material Ziel der Analyse	<u>Gegenstand/Material:</u> Antworten der Lehrkräfte zur Frage „Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang mit der Supervision in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?“ <u>Ziel:</u> Zusammenstellung der Problembereiche als Einzel- und Oberkategorien
2. Festlegen des Selektionskriteriums und des Abstraktionsniveaus	<u>Selektionskriterium:</u> Nennung von Problemen der Supervision, Ausschluss von Aussagen zu Verbesserungsvorschlägen oder zu anderen Ausbildungsbausteinen etc. <u>Abstraktionsniveau:</u> Ähnlichkeit der Einzel- und Oberkategorien in ihrem Abstraktionsniveau wurde angestrebt <i>Einzelkategorien</i> = Kategorien, die sehr nah am Material sind für eine detaillierte Wiedergabe der Aussagen <i>Oberkategorien</i> = abstraktere Kategorien für einen ersten Überblick über die Aussagen <i>Hauptkategorien</i> = weiter abstrahierte Aussagen, die die innere Struktur der Oberkategorien zeigen (deduktiv in Anlehnung an das Qualitätsmodell von Donabedian, 1966)
3. Materialdurcharbeitung Kategorienformulierung Subsumption bzw. neue Kategorienbildung	<u>Neue Kategorienbildung</u> mit der Leitidee, dass die Kategorien „so homogen wie möglich nach innen, so heterogen wie möglich nach außen“ (Lincoln & Guba, 1985) sein sollen <u>Reduktionsprozesse:</u> Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen/Aussagen/entstandener Kategorien Bündelung, Konstruktion, Integration von entstandene Kategorien auf dem/den angestrebten Abstraktionsniveau(s)
4. Revision der Kategorien nach circa 10-50% des Materials	Kategorienbildung und Reduktionsprozesse (siehe 3.)
5. Endgültiger Materialdurchgang	Kategorienbildung und Reduktionsprozesse (siehe 3.) Vorlage vor anderen geschulten Personen (Diplomanden etc.) Anpassung des Kategoriensystems an Vorschläge (z.B. Reduktion/Zusammenfassung von Einzelkategorien)
6. Interpretation, Analyse	Reliabilitätsbestimmung Berechnung der Häufigkeiten der Einzel- und Oberkategorien, Darstellung als Diagramm

D.3.1.1. Bestimmung der Gütekriterien

Im Theorieteil der Arbeit (Kapitel B.7.4.3) wurde die Bedeutung und Zuordnung der spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien bereits erläutert. Im Folgenden soll die Art ihrer Überprüfung am Datenmaterial dargestellt werden (Tabelle D.3-2). Die in Tabelle D.3-2 beschriebenen Gütekriterien werden im Ergebnisteil sowie in der Diskussion auf die erstellten Kategoriensysteme angewendet und bewertet.

Tabelle D.3-2: Überprüfung der spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien

Gütekriterium	Art der Überprüfung
semantische Gültigkeit	Urteile von Experten (d.h. geschulte Rater) über die Angemessenheit der Kategorien, stichprobenartiger Vergleich auf Ähnlichkeit von Textstellen unter einer Kategorie
Stichproben-gültigkeit	Untersuchung der Repräsentativität der Stichproben hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit auf z.B. demographischen Eigenschaften mit anderen Stichproben/der real vermuteten Gesamtstichprobe der SEL, Supervisoren und Institutsleiter
korrelative Gültigkeit	Vergleich mit anderen Ergebnissen des gleichen Untersuchungsgegenstandes (vorhandene Kompetenzdefinitionen, vorhandene Studien zu SE, SV und Nichteignung)
Vorhersage-gültigkeit	nur möglich, wenn Material prognostische Qualität hat, Richtigkeit der Prognosen (nicht zutreffend)
Konstrukt-gültigkeit	Erfolge/bisherige Untersuchungen mit ähnlichen Konstrukten etablierte Modelle mit dem Gegenstand repräsentative Interpretation von Experten Beurteilung der Kategoriensysteme auf nachvollziehbare, präzise und vollständige Abbildung der Themenbereiche Kompetenz, Nichteignung sowie der drei Qualitätsaspekte für SE und SV
Stabilität	zeitlich versetzte nochmalige Anwendung des Kategoriensystems auf das Material (Intrarater-Reliabilität) – komplett nicht möglich aufgrund der großen Datenmenge bei erneuter Zuordnung der Einzelkategorien zu den Oberkategorien: stichprobenartige Überprüfung der Zuordnung der Aussagen zu den Einzelkategorien
Reproduzier-barkeit	Bestimmung der Interrater-Reliabilität durch die Koeffizienten Krippendorffs Alpha und Cohens Kappa mit mehreren geschulten Ratern und Kodieranleitungen sowie Kodierleitfäden
Exaktheit	Überprüfung folgender Aspekte an den Kategoriensystemen: Systematik bei unstimmgigen Kodierungen?, Interraterreliabilität, Kategorien mit häufigen Unstimmigkeiten?, Verringerung der Differenzierung der Kategorien

a. Interrater-Reliabilität

Wie bereits in Tabelle D.3-2 beschrieben, wird die Exaktheit und die Reproduzierbarkeit eines inhaltsanalytisch erstellten Kategoriensystems über die so genannte Interrater-Reliabilität geprüft (Wirtz & Caspar, 2002). Um über eine hinreichend sichere Zahlenbasis für einen statistischen Vergleich zu verfügen, umfassten nach Empfehlung von Neuendorf (2002) oder Wimmer & Dominick (1997) circa 10-25% der Gesamtaussagen.

In der Literatur existieren verschiedene Koeffizienten, die zur Bestimmung der Güte der Beobachterübereinstimmung berechnet werden können (Wirtz & Caspar, 2002; Banerjee, Capozzoli, McSweeney & Sinha, 1999; Hayes & Krippendorff, 2007; Krippendorff, 2007). Bei Mayring selbst werden zwei Koeffizienten empfohlen (Mayring, 2008): den Koeffizienten Kappa (κ) nach Cohen (1960) und den Koeffizienten Alpha (α) nach Krippendorff (Krippendorff, 1980, zitiert nach Mayring, 2008 bzw. Hayes & Krippendorff, 2007).

Cohens Kappa ist dabei der in der Literatur weiter verbreitete Koeffizient, der allerdings nicht selten wegen einiger statistischer Einschränkungen kritisiert wird, wie zum Beispiel der Annahme von statistischer Unabhängigkeit der Nutzung der Kategorien durch die Rater (z.B. Krippendorff, 2007) oder der Abhängigkeit von der Verteilung der Randhäufigkeiten (Grouven, Bender, Ziegler & Lange, 2007). Krippendorff's Alpha-Koeffizient umgeht diese Schwierigkeiten (Hayes & Krippendorff, 2007) und wird als das Standardmaß für die Reliabilitätsbestimmung in der Inhaltsanalyse von Textmaterial bezeichnet, obwohl es noch nicht sehr weit verbreitet ist (Hayes & Krippendorff, 2007; Kolb, 2004). Aufgrund der weiten Verbreitung von Cohens Kappa, vor allem im deutschsprachigen Bereich (Grouven et al., 2007), wird zusätzlich zu dem statistisch exakteren Krippendorff Alpha auch dieser Koeffizient berechnet.

Cohens Kappa:

Dieser Koeffizient schätzt und korrigiert zufällige Beurteilungsübereinstimmungen und wird nach folgender Formel berechnet:

$$\kappa = \frac{p - p_e}{1 - p_e}.$$

In der Formel entspricht p der Anzahl der Übereinstimmungen in Bezug zur Anzahl (n) der insgesamt einzuschätzenden Beurteilungsobjekte f und berechnet sich wie folgt:

$$p = \frac{\sum_{j=1}^k f_{j.} \cdot f_{.j}}{n}$$

Der Schätzer p_e für die zu erwartenden zufälligen Übereinstimmungen zwischen den Ratern wird folgendermaßen bestimmt:

$$p_e = \frac{1}{n^2} \cdot \sum_{j=1}^k f_{j.} \cdot f_{.j}$$

Cohens Kappa-Koeffizient kann Werte zwischen $\kappa=-1$ und $\kappa=1$ annehmen. Hierbei steht 1 für eine vollständige Übereinstimmung der Beurteilungen und 0 für eine zufällige Zuordnung. Werte unter 0 treten sehr selten auf und deuten auf eine noch geringere Übereinstimmung hin, die durch absichtliche Fehlcodierungen der Rater entstehen kann (Bortz & Lienert, 2008). Ab einem Kappa-Wert von $\kappa=0,70$ liegt nach Bortz und Döring (2009) eine gute Übereinstimmung vor. Landis und Koch (1977) liefern zur Interpretation differenzierte Richtwerte. Diese werden von Landis und Koch (1977) selbst als künstlich erstellt bezeichnet, die dennoch in der Literatur als Richtmaß hilfreich sein sollen.

Werte über $\kappa=0,81$ werden als sehr gut, Werte über $\kappa=0,61$ als gut/substantiell und Werte über 0,41 als moderat bezeichnet.

Krippendorffs Alpha

Der Koeffizient berechnet fehlende Übereinstimmungen anstelle von einer Korrektur von prozentualer Übereinstimmung (Hayes & Krippendorff, 2007). Dies wird durch eine andere Zusammenstellung einer Übereinstimmungsmatrix erreicht (siehe Hayes & Krippendorff,

2007; Freelon, 2010), in der für eine Kategorie pro Auswertungseinheit ein Wert zugewiesen wird (‘coincidence matrix’ statt einer ‘contingency matrix’). Über diese Matrix wird berechnet, wie häufig eine Kategorie von den Ratern benutzt wird und wie häufig es Übereinstimmungen bzw. Nichtübereinstimmungen gibt. Er kann für mehrere Rater, für jeden beliebigen Wert einer Variablen und neben nominalen Daten auch für ordinale oder intervallskalierte Messniveaus angewandt werden. Die allgemeine Formel für mehrere Rater und nominale Daten ist:

$$\alpha = \frac{(n-1) \sum o_{cc} - \sum n_c(n_c-1)}{n(n-1) - \sum n_c(n_c-1)}$$

Dabei ist n die Gesamtanzahl an Kodierentscheidungen, o_{cc} ist jede Übereinstimmung und n_c ist die Randsumme jeder Variable. Alexander Hayes hat für die Berechnung ein SPSS-kompatibles Makro erstellt (Hayes & Krippendorff, 2007). Ein Alpha-Wert von 0,667 kann als ausreichend für vorläufige Schlussfolgerungen interpretiert werden, ab einem Alpha-Wert von 0,800 bezeichnet Krippendorff die Übereinstimmung als gut.

b. Ablauf der Interrater-Reliabilitätsbestimmung

Um die in sozialwissenschaftlichen Standards geforderte intersubjektive Nachprüfbarkeit zu gewährleisten, erhielten die Rater (Diplomanden, Bachelorstudenten und eine Hilfskraft, die mit den jeweiligen Themenbereichen vertraut waren) zunächst eine mündliche Erläuterung zu den Inhalten der Kategoriensysteme. Sie erhielten weiterhin eine schriftliche Erläuterung zum Kodierprozess (siehe Anhang) und einen ausführlichen Kodierleitfadens (siehe Anhang) mit den Kategorien, Beschreibungen der Kategorien und Ankerbeispielen. Nach dem Ratingprozess wurden Matrizen (siehe Anhang) für die Berechnung der Koeffizienten erstellt und per Formeleingabe in Excel oder per Makro in SPSS ausgewertet.

D.3.2. Quantitative Auswertungsstrategien

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS/PASW) für Windows, Version 19. Die angewendeten Verfahren waren deskriptive Analysen (Mittelwerte, Standardabweichungen, absolute und relative Häufigkeitsberechnungen), Gruppenvergleiche (univariate Varianzanalysen) und Berechnungen von Konfidenzintervallen für Häufigkeitsangaben (Weiß, 2010; S. 182) nach der Formel (für eine 95%ige Wahrscheinlichkeit): $p \pm 1,96 \cdot \sqrt{p(1-p)/n}$.

E. Ergebnisse

E.1. Selbsterfahrung

E.1.1. Qualitative Ergebnisse der Befragung der Selbsterfahrungsleiter

E.1.1.1. Reliabilitätsbestimmung der Kategoriensysteme für die Selbsterfahrung

Die Interrater-Reliabilität des konstruierten Kategoriensystems wurde mittels Cohens Kappa (Bortz & Döring, 2009; Cohen, 1960; Mayring, 2008) und Krippendorffs Alpha (Hayes & Krippendorff, 2007). Zur Berechnung wurden 60 Aussagen zufällig innerhalb der drei gefundenen Hauptkategorien ausgewählt und von externen Ratern zu den Oberkategorien zugeordnet. Für das Kategoriensystem „Probleme der Selbsterfahrung“ ergaben sich für die Zuordnung der Aussagen zu den Einzelkategorien Interrater-Reliabilitäten von $\kappa=0,74$, $\kappa=0,76$ bzw. $\kappa=0,91$. Für die Zuordnung der Einzelkategorien zu Oberkategorien wurden 25 Einzelkategorien zufällig herausgegriffen und zwei weiteren Ratern vorgelegt. So ergaben sich Cohens Kappawerte von $\kappa=0,80$ und $\kappa=0,95$. Krippendorffs Alpha wurde für die Zuordnung der Einzelkategorien zu den Oberkategorien bestimmt und betrug $\alpha=0,87$. Für das Kategoriensystem „Verbesserungsvorschläge für die Selbsterfahrung“ ergaben sich analog Interrater-Reliabilitäten von $\kappa=0,60$, $\kappa=0,79$ und $\kappa=0,81$. Für die Zuordnung der Einzelkategorien zu Oberkategorien wurden 17 Einzelkategorien zufällig herausgegriffen und zwei weiteren Ratern vorgelegt. So ergaben sich Cohen's Kappawerte von $\kappa=0,61$ und $\kappa=0,73$. Krippendorffs Alpha betrug $\alpha=0,72$.

Nach Bortz und Döring (2009) und Landis und Koch (1977) liegen damit (bis auf die Ausnahme von $\kappa=0,60$) gute bis sehr gute Codierübereinstimmungen vor. Über die Reliabilitätsbestimmung nach Krippendorff (2004) können ausreichende bis gute Übereinstimmungen angenommen werden. Die Auswertung der Reliabilitätsüberprüfung ist im Anhang dokumentiert.

E.1.1.2. Probleme in der Selbsterfahrung

Von 768 Selbsterfahrungsleitern haben sich 486 (63,3%) zu der offenen Frage nach Problembereichen in der Selbsterfahrung geäußert. Da die Aussagen der 486 Selbsterfahrungsleiter oft mehrere getrennte inhaltliche Aspekte enthielten, wurden insgesamt 723 Aussagen zu Kategorien zugeordnet.

Von diesen 723 Aussagen wurden $n=30$ nicht in das endgültige Kategoriensystem aufgenommen, da die Aussage entweder nicht zum Themenbereich der Selbsterfahrung gemacht wurden ($n=22$; z.B. Aussagen zur Praktischen Tätigkeit, Verweise auf andere Fragebogenteile) oder da die erstellte Kategorie zu klein war und bei der Überprüfung der Häufigkeit der Kategorie mittels Konfidenzintervallen (Weiß, 2010) nicht mehr bedeutsam war ($n=8$; z.B. kollegialer Austausch, Qualifikation der Selbsterfahrungsleiter).

Das resultierende Kategoriensystem (N=693) bestand aus drei Hauptkategorien:

- A. strukturelle Probleme (59,9% von 693 genannten Problemen),
- B. Probleme mit dem Prozess der SE (24,8%) und
- C. Probleme mit der Ergebnisqualität (15,3%).

Abbildung E.1-1* zeigt das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien und den dazugehörigen Oberkategorien. Die dazugehörigen Einzelkategorien, deren prozentuale Verteilung sowie die Leitfäden und Anleitungen zur Kodierung der Aussagen sind im Anhang zu finden.

Die Hauptkategorie 'Strukturelle Probleme' beinhaltet acht Oberkategorien, die fünf häufigsten werden im Folgenden anhand der größten beinhaltenden Einzelkategorien beschrieben.

- Unzureichender Stundenumfang (20,1%):
 - Die gesetzlich vorgesehene Stundenzahl wird als zu gering betrachtet.
 - Der Anteil an Einzelselbsterfahrung wird als zu gering betrachtet.
 - Die Frequenz, in der Selbsterfahrung stattfindet wird als ungünstig betrachtet, z.B. zu lange Pausen zwischen Gruppenselbsterfahrung, zu geringe Frequenz der Einzelselbsterfahrung.
 - Die Selbsterfahrungsstundenanzahl führt zu einer hohen zeitlichen Belastung der ATN.
- Unklares Konzept der SE (6,9%):
 - Vermischung Kinder-/Jugendlichenbereich mit dem Setting und Konzepten des Erwachsenenbereiches.
 - Es wird bemängelt, dass es zurzeit keine einheitlichen Richtlinien für die SE in der Psychotherapieausbildung gibt, im Sinne von allgemeinen Konzepten.
 - Inhaltlich ausgearbeitete Konzepte spezifisch für die Verhaltenstherapieausbildung fehlen.
- Ungeeigneter Ablauf (6,6%):
 - SE findet nicht immer kontinuierlich, d.h. über den gesamten Zeitraum der Ausbildung (ausbildungsbegleitend) statt.
 - Ungünstiger Selbsterfahrungsbeginn: SE beginnt erst spät in der Ausbildung bzw. uneinheitlich.

* aufgrund der niedrigen Prozentsätze ist für die bessere Lesbarkeit die Skalierung der folgenden Grafiken nicht bis 100% gesetzt, sondern an die Balkengröße angepasst

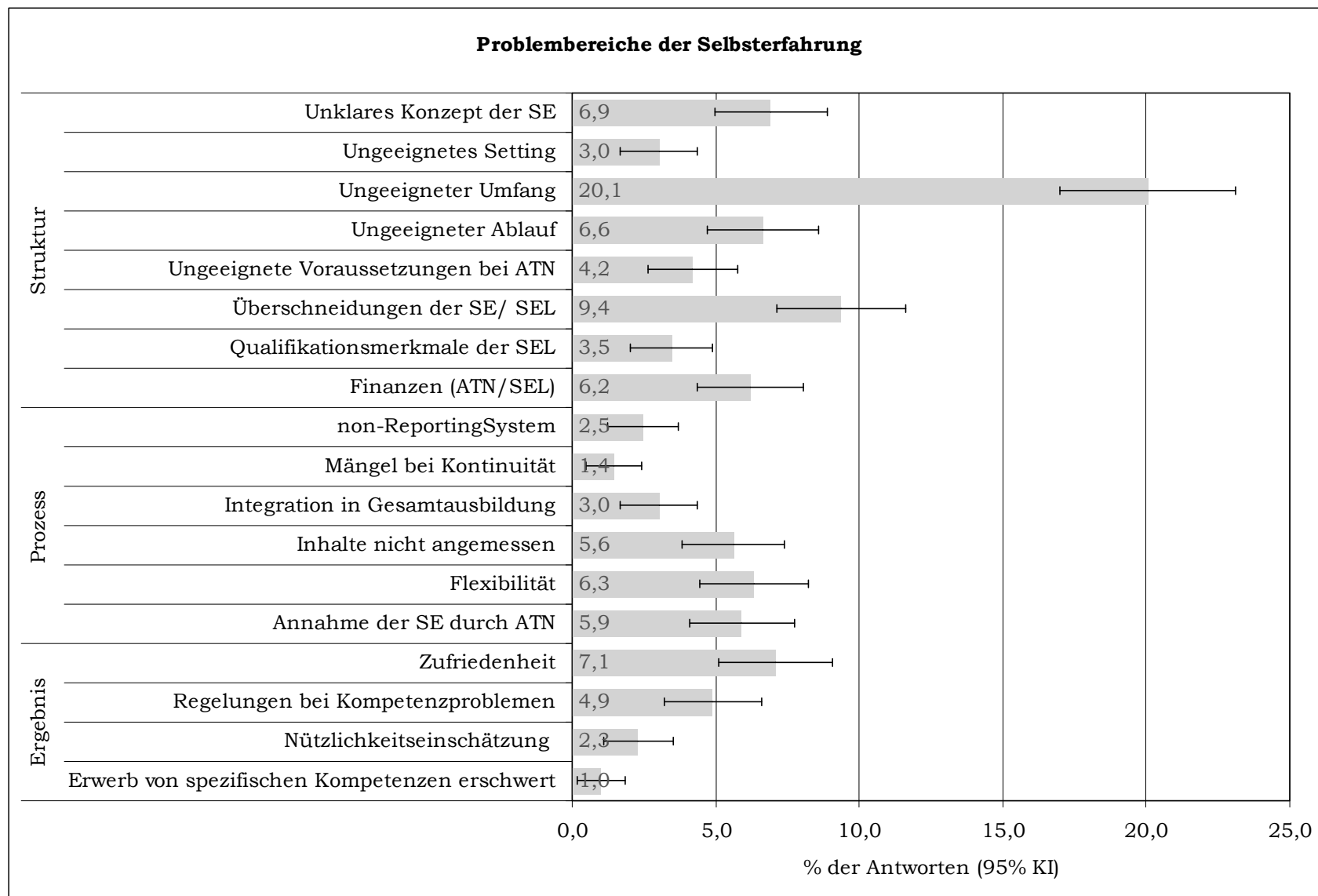


Abbildung E.1-1: Kategoriensystem 'Problembereiche der Selbsterfahrung'

- Überschneidungen der Selbsterfahrung bzw. der Selbsterfahrungsleiter (9,4%)
 - Es fehlt eine Trennung der Selbsterfahrung vom Ausbildungsinstitut (Druck für SEL als ‚Profis‘ gut dazustehen, SE ist nicht genügend autonom)
 - Rollenüberschneidung bei am Institut eng eingebundenen SEL führt zu ungünstigen Verflechtungen (Gefahr der Abstinenzverletzung, Machtfaktoren).
 - Keine Anerkennung externer Selbsterfahrung, Möglichkeit, SE an anderen Instituten durchzuführen ist noch zu wenig gegeben.
- Finanzen (ATN/SEL) (6,2%):
 - Die Vergütung für Selbsterfahrungsleiter ist zu gering, oft unter dem Kassensatz.
 - Finanzielle Belastung der ATN für die gesamte Ausbildung und dadurch auch für die SE.

Die prozentuale Verteilung der genannten Einzelkategorien, sowie weitere problematische Bereiche in der Hauptkategorie 'Strukturelle Probleme', die aber seltener genannt wurden, sind im Anhang einzusehen.

Die zweite Hauptkategorie Prozess beinhaltet sechs Oberkategorien, die allerdings jeweils (1,4%-6,3%) von geringerer Häufigkeit waren als die Oberkategorien, die der Strukturqualität zugeordnet wurden. Die drei häufigsten werden im Folgenden anhand der in ihnen enthaltenen Einzelkategorien beschrieben.

- Annahme der SE durch ATN (5,9%)
 - Die geringe Offenheit der Ausbildungsteilnehmer wird kritisiert, die durch Abhängigkeitsverhältnisse und Pflichterfüllung zustande kommen könnte.
 - Durch persönliche Schwierigkeiten (Reflexionsfähigkeit, Ängstlichkeit) haben einige ATN es schwer, Zugang zu Selbsterfahrung zu finden, was die Arbeit in beiden Settings erschwert.
- Mangelnde Flexibilität: Die Anzahl der SE-Stunden wird nicht flexibel an den individuellen Bedarf angepasst (6,3%)
- Inhalte nicht angemessen (5,6%):
 - Die Abgrenzung zwischen Selbsterfahrung und Therapie ist schwierig.
 - Die SE ist inhaltlich zu oberflächlich.
 - Die SE ist inhaltlich zu fixiert (zu große Verschulung).
 - Die SE hat zu wenig Bezug zu therapeutischer Arbeit.
 - Es werden zu wenig andere, handlungsorientierte Verfahren (Musik, Tanz, Kunst) angewendet.
 - Es kommen zu wenig KJP-spezifische Themen vor.
 - Speziell in der Psychoanalyse kommt es zum Festhalten der Ausbildungsteilnehmer in der SE und zur Infantilisierung.

Weitere Einzelkategorien waren zum Beispiel Probleme mit der Integration der SE in die Gesamtausbildung (3,0%), die mangelnde Einhaltung des non-reporting-Systems (2,4%) und die mangelnde Kontinuität (der SEL oder der SE-Gruppe; 1,4%).

Unter der dritten Hauptkategorie „Ergebnisqualität“ wurden 15,2% Aussagen der Selbsterfahrungsleiter zugeordnet. Am häufigsten waren hier Aussagen zur

- allgemeinen Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung (7,1%) sowie
- Aussagen über die Problematik der Kompetenzmängel (4,9%). Hier wurde kritisiert, dass es bislang keine Regelungen für diese Fälle gibt und dass bei einigen ATN die Notwendigkeit zur Eigentherapie besteht.

E.1.1.3. Verbesserungsvorschläge für die Selbsterfahrung

Es wurden insgesamt 525 Verbesserungsvorschläge zur Selbsterfahrung von 364 (47,4%) der 768 befragten Selbsterfahrungsleiter angeführt. Von diesen 525 Aussagen wurden n=64 nicht in das endgültige Kategoriensystem aufgenommen, da die Aussage entweder nicht zum Themenbereich der Selbsterfahrung gemacht wurden (n=58; z.B. Aussagen zur Praktischen Tätigkeit, zur allgemeinen Finanzierung der Ausbildung, Verweise auf andere Fragebogenteile) oder da die erstellte Kategorie zu klein war und bei der Überprüfung der Häufigkeit der Kategorie mittels Konfidenzintervallen (Weiß, 2010) nicht mehr bedeutsam war (n=6; z.B. spezifische Kompetenzen trainieren, Evaluation der SE).

Das resultierende Kategoriensystem (N=461) bestand aus zwei Hauptkategorien:

A. strukturelle Vorschläge (69,2% von 461 genannten Vorschlägen),

B. Vorschläge für den Prozess der SE (30,8%).

Abbildung E.1-2 zeigt das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien und den dazugehörigen Oberkategorien. Die dazugehörigen Einzelkategorien, deren prozentuale Verteilung sowie die Leitfäden und Anleitungen zur Kodierung der Aussagen sind im Anhang zu finden.

Die Hauptkategorie 'Strukturelle Vorschläge' beinhaltet acht Oberkategorien, die vier häufigsten werden im Folgenden anhand der größten beinhaltenden Einzelkategorien beschrieben. Innerhalb der Hauptkategorie 'Strukturelle Vorschläge' waren die vier häufigsten Oberkategorien und deren Themen die folgenden:

- Veränderung des zeitlichen Umfanges (27,2%):
 - Erhöhung des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestumfanges
 - mehr Einzelselbsterfahrung
 - mehr Gruppenselbsterfahrung
 - Erstellung verfahrensspezifischer Kontingente
- Veränderung des Ablaufes (11,1%):
 - kontinuierliche Selbsterfahrung über den gesamten Verlauf der Ausbildung
 - früherer Start der Selbsterfahrung im Verlauf der Ausbildung
 - längere (Gruppen-)SE-Blöcke, zeitliche Trennung von Einzel- und Gruppen-SE im Verlauf der Ausbildung.

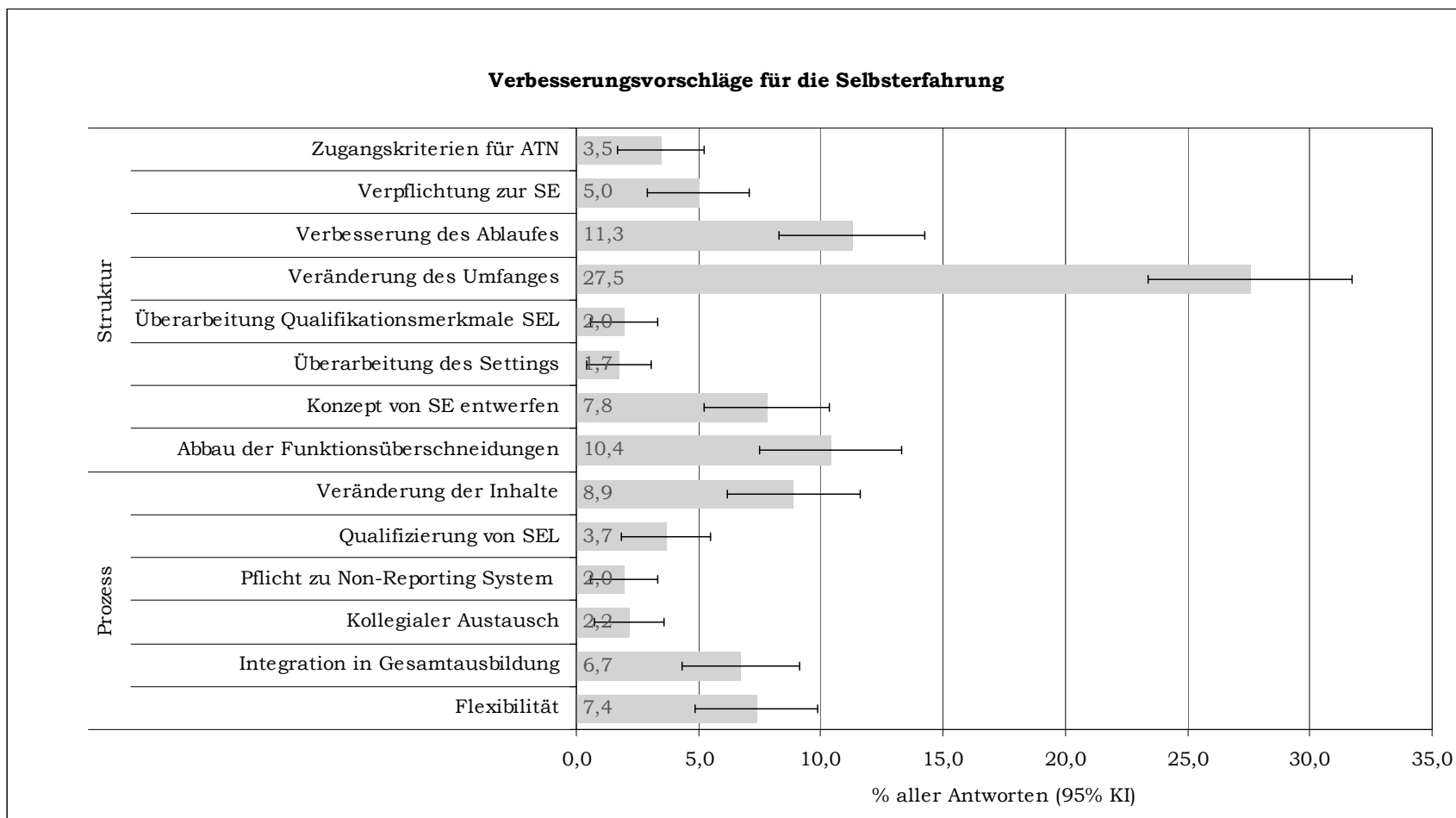


Abbildung E.1-2: Kategoriensystem für die Verbesserungsvorschläge der Selbsterfahrungsleiter

- Abbau der Funktionsüberschneidungen (10,3%)
 - Die SE sollte stärker vom Ausbildungsinstitut getrennt werden.
 - Externe SE sollte anerkannt werden, um Autonomie zu gewährleisten.
 - Die Rollenüberschneidungen von SEL mit anderen Funktionen in der Ausbildung sollten abgebaut werden.
- Konzept von SE entwerfen (7,7%)
 - Erarbeiten von Richtlinien über Inhalte und Kriterien für die Selbsterfahrung.
 - Erarbeitung von Richtlinien spezifisch für die VT-Ausbildung.
 - Erarbeitung eines Konzeptes für die KJP-Ausbildung.

Als weitere (kleinere) Kategorien unter der Hauptkategorie ‚Strukturelle Vorschläge‘ wurden erstellt: Verpflichtung zur SE (4,9%), Erstellung von Zugangskriterien für die ATN/Eignungsfeststellung zu Ausbildungsbeginn (3,4%), Überarbeiten des Settings (Verringerung von Gruppengrößen, 1,7%) und Überarbeitung von Qualifikationsmerkmalen der SEL (verstärkte Ausbildung der SEL; 1,9%).

Die andere Hauptkategorie befasste sich mit Vorschlägen zum ‚Prozess‘ der Selbsterfahrung (30,8%). Die häufigsten Oberkategorien und ihre Themen sind im Folgenden dargestellt:

- Inhaltliche Veränderungen (8,8%):
 - mehr methoden-, verfahrens- und theorieübergreifende Inhalte
 - stärkerer Bezug von Selbsterfahrung auf die therapeutische Arbeit
- Integration in die Gesamtausbildung (6,6%):
 - bessere Integration in die anderen Ausbildungsbestandteile im Sinne einer besseren Verzahnung z.B. mit der Theorie, Supervision
 - verstärkte Vorinformation und Aufklärung über die Bedeutung der Selbsterfahrung innerhalb der Ausbildung, z.B. in Informationsveranstaltungen, im theoretischen Unterricht
 - stärker aufeinander aufbauende SE-Einheiten und stärker verknüpfend zu den Lerninhalten
- Flexibilität (7,3%): flexiblere, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Stundenzahl.

Weitere kleinere Kategorien, die der Prozessqualität zugeordnet wurden, waren: Qualifizierung von SEL während der Ausbildung (3,6%), stärkerer kollegialer Austausch (über SE-Stile, 2,1%), Verpflichtung zu einem non-reporting-System (1,9%) und die Evaluation der SE (0,4%).

E.2. Supervision

E.2.1. Qualitative Ergebnisse der Supervisorenbefragung

E.2.1.1. Reliabilitätsbestimmung der Kategoriensysteme für die Supervision

Analog zum Selbsterfahrungskategoriensystem wurde die Interrater-Reliabilität des konstruierten Kategoriensystems mittels Cohens Kappa (Bortz & Döring, 2009; Cohen, 1960) und Krippendorffs Alpha (Hayes & Krippendorff, 2007) bestimmt (Kapitel E.1.1.1). Für das Kategoriensystem „Probleme der Supervision“ ergaben sich für die Zuordnung der Aussagen zu den Einzelkategorien Interrater-Reliabilitäten von $\kappa=0,71$, $\kappa=0,72$ bzw. $\kappa=0,83$. Für die Zuordnung der Einzelkategorien zu Oberkategorien wurden 29 Einzelkategorien zufällig herausgegriffen und zwei weiteren Ratern vorgelegt. So ergaben sich Cohens Kappawerte von $\kappa=0,74$ und $\kappa=0,85$. Krippendorffs Alpha betrug $\alpha=0,79$. Für das Kategoriensystem „Verbesserungsvorschläge für die Supervision“ ergaben sich analog Interrater-Reliabilitäten von $\kappa=0,69$, $\kappa=0,76$ und $\kappa=0,86$. Für die Zuordnung der Einzelkategorien zu Oberkategorien wurden 21 Einzelkategorien zufällig herausgegriffen und zwei weiteren Ratern vorgelegt. So ergaben sich Cohens Kappawerte von $\kappa=0,66$ und $\kappa=0,74$. Krippendorffs Alpha betrug $\alpha=0,69$. Nach Bortz und Döring (2009) und Landis und Landis (1977) liegen damit gute bis sehr gute Codierübereinstimmungen vor. Nach Krippendorff (2004) ist das Kategoriensystem ebenso ausreichend reliabel. Die Auswertung der Reliabilitätsüberprüfung ist im Anhang dokumentiert.

E.2.1.2. Probleme in der Supervision aus Sicht der Supervisoren

Es nutzten 780 (52,4%) der 1489 befragten Supervisoren das offene Antwortformat, um insgesamt 1072 Probleme zur Supervision zu nennen. Von diesen 1072 Aussagen wurden $n=61$ nicht in das endgültige Kategoriensystem aufgenommen, da die Aussage entweder nicht zum Themenbereich der Selbsterfahrung gemacht wurden ($n=56$; z.B. Aussagen zur Selbsterfahrung, zur Frageformulierung, zur staatlichen Prüfung) oder da die erstellte Kategorie zu klein war und bei der Überprüfung der Häufigkeit der Oberkategorie mittels Konfidenzintervallen (Weiß, 2010) nicht mehr bedeutsam war ($n=5$; z.B. gesetzliche Auflagen, mangelnde Nützlichkeit).

Das resultierende Kategoriensystem ($N=1011$) bestand aus drei Hauptkategorien:

- A. strukturelle Probleme (34,3% von 1011 genannten Problemen),
- B. Probleme mit dem Prozess der SV (52,0%) und
- C. Probleme mit der Ergebnisqualität (13,7%).

Abbildung E.2-1 zeigt das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien und den dazugehörenden Oberkategorien. Die Einzelkategorien, deren prozentuale Verteilung sowie die Leitfäden und Anleitungen zur Kodierung der Aussagen sind im Anhang zu finden.

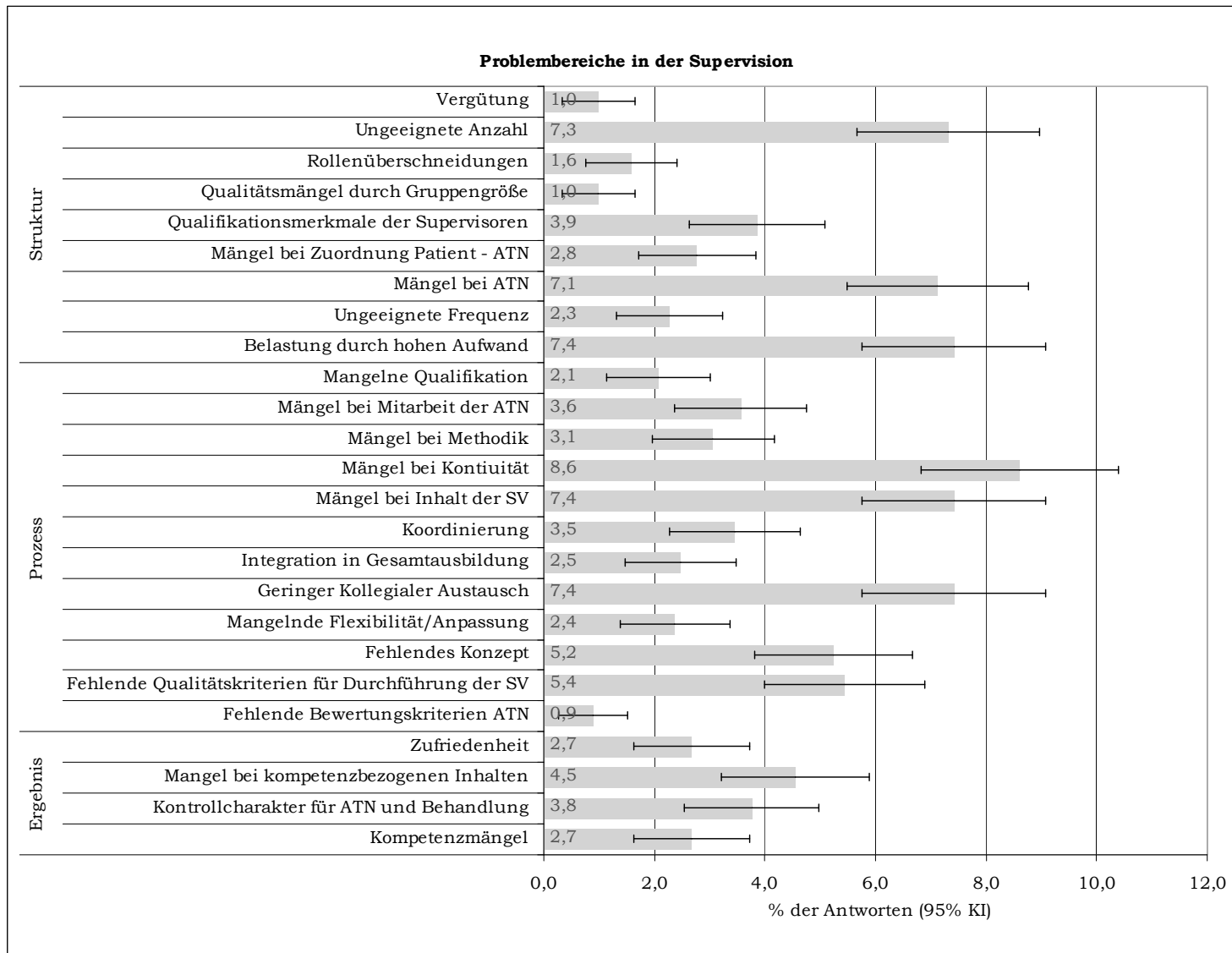


Abbildung E.2-1: Kategoriensystem für die Problembereiche der Supervision

Im Vergleich zu den Kategoriensystemen zur Selbsterfahrung, waren die Aussagen zur Supervision deutlich heterogener, was zu einer höheren Anzahl von Einzel- und Oberkategorien mit jeweils kleinen Häufigkeitswerten (0,9-8,6%) geführt hat.

Der Schwerpunkt der Kritik an der Supervision lag auf deren prozessbezogenen Merkmalen. Folgende Oberkategorien wurden dabei besonders häufig benannt:

- Mängel bei Kontinuität (8,6%)
 - Es wird kritisiert, dass Supervisoren innerhalb eines Falles wechseln und es somit keine fallbezogene Kontinuität eines Supervisors gibt.
 - Bei der Gruppensupervision wird bemängelt, dass bei den Gruppen sowohl Supervisoren als auch Gruppenteilnehmer wechseln/nicht kontinuierlich zugeordnet sind und somit Prozess nicht abgeschlossen werden können.
 - Es wird bemängelt, dass die zeitliche Kontinuität von Supervisionsstunden und Therapiestunden (1:4 laut Gesetz) nicht eingehalten bzw. kontrolliert wird.
- Mängel bei Inhalt der SV (7,4%)
 - Hier wird vor allem kritisiert, dass zu viel Zeit für Formalitäten (Gutachteranträge) verbraucht wird und damit zu wenig Zeit für die eigentlichen Inhalte der SV bleibt.
 - Die Inhalte sind zu einseitig: zu sehr auf Verfahren, auf Fall, auf eine bestimmte Methodik/Technik zentriert.
 - Zum Teil müssen Defizite aus der Gesamtausbildung, insbesondere aus der Theorie in der SV nachgeholt werden.
 - Weitere Kritikpunkte sind die Vermittlung von zu vielen Verfahren/Methoden, der mangelhafte Theorietransfer oder die fehlende Spezifität im KJP-Bereich.
- Geringer kollegialer Austausch (7,4%)
 - Die Supervisoren kritisieren, dass es zu wenig Austausch mit dem Ausbildungsinstitut, der Ausbildungspraxis oder Klinik gibt, zum Beispiel in Form von Rückmeldungen von Mängeln der ATN an die Ausbildungsleitung und/oder die Dozenten.
 - Es gibt nur eine geringe kollegiale Kooperation unter den Supervisoren und zu selten Supervisorkonferenzen zum Austausch über Stile, Prozeduren, Kriterien, Konzepte oder die ATN.
- Fehlende Qualitätskriterien für Durchführung der SV (5,4%)
 - Die Qualität der Durchführung der SV wird zum Teil als unzureichend bezeichnet und damit im Zusammenhang kritisiert, dass Qualitätskriterien für Supervision fehlen.
 - Spezifisch wird kritisiert, dass die Supervisoren zum Teil nur eine geringe Kenntnis des vorgestellten Patienten und des Behandlungsablaufes haben und dass die Supervisoren die ATN nur sehr wenig kennen.
- Fehlendes Konzept der SV (5,2%)
 - Es fehlen einheitliche Richtlinien/Anforderungen/Maßstäbe zur Supervision in einem Ausbildungsinstitut.

Die Aussagen, die unter die Hauptkategorie „Struktur“ geordnet wurden, wurden in neun Oberkategorien eingeteilt. Die vier häufigsten werden ausführlich vorgestellt.

- Belastung durch hohen Aufwand (7,4%)
 - Vor allem die hohe finanzielle Belastung wird von den Supervisoren angemahnt, aber auch die hohe zeitliche und persönliche Belastung durch die Fülle von Aufgaben.
- Mängel bei den Ausbildungsteilnehmern (7,1%)
 - Hier wird aufgezeigt, dass es problematisch ist, wenn die ATN Unsicherheiten und Schwierigkeiten beim Sich-Öffnen vor dem Supervisor/der Supervisionsgruppe zeigen.
 - Als ein Grund wird die häufig mangelnde Motivation zur Supervision und die daraus resultierende Pflichterfüllung angeführt.
- Ungeeignete Anzahl (7,3%)
 - Hier wird allgemein die zu geringe Supervisionsstundenanzahl kritisiert, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting sowie die zu geringe Supervision während der Praktischen Tätigkeit.
- Qualifikationsmerkmale der Supervisoren (3,9%)
 - Die Supervisoren verfügen nur über ungenügende praktische Erfahrung.
 - Die Supervisoren sind in der Mehrzahl zu gering qualifiziert.

Weiterhin wurden unter der Hauptkategorie „Struktur“ Aspekte genannt, wie Mängel bei der (angemessenen) Zuordnung von Patienten zu den ATN, die ungeeignete (zu niedrige) Frequenz, die Vergütung, Probleme durch Rollenüberschneidungen und ungeeignete Gruppengrößen.

Probleme, die direkt die Ergebnisqualität der Supervision betrafen konnten in vier Kategorien eingeteilt werden.

- Mängel bei kompetenzbezogenen Inhalten (4,5%)
 - Supervisoren kritisierten die mangelnde Bearbeitung(-szeit) für Inhalte wie Selbstreflexion, Beziehungsgestaltung, Therapeutenpersönlichkeit und die Gestaltung des Behandlungsprozesses.
 - Es bestehen Schwierigkeiten in der Förderung & Vermittlung therapeutischer Haltung bzw. eines eigenen Stiles.
- Kontrollcharakter für ATN und Behandlung (3,8%)
 - Die Kontrolle der Kompetenz des Supervisanden und die gleichzeitige Unterstützung in der Kompetenzentwicklung ist schwierig.
 - Problematisch wird die hohe Behandlungsverantwortung beim Supervisor eingeschätzt.

Weiterhin wurde Kompetenzmängel bei den ATN als problematisch bezeichnet, vor allem die fehlenden Regelungen bei ‚Entdeckung‘ eines Kompetenzmangels (2,7%). Zufriedenheitsäußerungen mit der Supervision machten 2,7% der Problemnennungen im finalen Kategoriensystem aus.

E.2.1.3. Verbesserungsvorschläge für die Supervision aus Sicht der Supervisoren

Die offene Frage zu Verbesserungsvorschlägen zur Supervision beantworteten 563 (37,8%) der 1489 befragten Supervisoren. Von diesen 563 Supervisoren wurden 730

Verbesserungsvorschläge gemacht. Leider waren einige Aussagen (n=138) auch hier nicht der Supervision zuordenbar, sondern befassten sich mit anderen Ausbildungsproblematiken, wie der Selbsterfahrung, der praktischen Tätigkeit, der theoretischen Ausbildung, waren so allgemein gefasst, dass sie nicht spezifisch der Supervision zugeordnet werden konnten (z.B. Einführen einer ausbildungsbegleitenden konstanten Person) oder enthielten Verweise auf andere Fragebogenteile. N=592 Aussagen verblieben im Kategoriensystem und wurden den drei Hauptkategorien Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität zugeordnet (siehe Abbildung E.2-2):

A. strukturelle Vorschläge (35,6% von 592 genannten Vorschlägen),

B. Vorschläge für den Prozess der SE (59,6%) und

C. Vorschläge zur Verbesserung der Ergebnisqualität (4,7%).

Zu strukturellen Verbesserungsvorschlägen wurden neun Oberkategorien erstellt. Die häufigsten (4,4-11,7%) waren:

- Änderung der Stundenanzahl (11,7%)
 - Hier wurde gefordert, dass die Stundenanzahl allgemein erhöht werden sollte, sowohl für das Gruppensetting, als auch für das Einzelsetting.
 - Außerdem wurde ein Mehr an Supervision während der Praktischen Tätigkeit vorgeschlagen.
- Änderung des Ablaufes der SV (6,4%)
 - Hier wurde vor allem das Einführen einer bedarfsorientierten Frequenz vorgeschlagen, je nach Bedarf/Kompetenzlevel des ATN und je nach Schweregrad der Störung des Patienten.
 - Weiterhin wird pauschal eine Erhöhung der Frequenz gefordert, aber zum Beispiel auch konkret zu Beginn der Ausbildung im Vergleich zum Ende der Ausbildung.
 - Eine bessere zeitliche, räumliche Koordinierung und Organisation wird vorgeschlagen.
- Änderung der Finanzierung (4,7%)
 - Bessere Finanzierungsmöglichkeiten der praktischen Ausbildung/der gesamten Ausbildung, um eine Entlastung für die ATN zu haben.
- Konzept der SV erarbeiten (4,4%)
 - Die Supervisoren wünschen sich die Erarbeitung und Einhaltung konkreter Supervisionskonzepte sowie damit einhergehend eine bessere Klärung der juristischen Absicherung der Behandlungsverantwortung.

Zur Prozessqualität konnten acht Oberkategorien erstellt und zugeordnet werden.

- Mehr Kontinuität (14,2%)
 - Die Supervisoren fordern eine konstante Zuordnung von Supervisor und Ausbildungsteilnehmer pro Patient (fallbezogene Kontinuität).
 - Weiterhin wird eine stärkere (Kontrolle der) Einhaltung der Regelmäßigkeit der stattfindenden SV gefordert.
- Integration der Supervision in die Gesamtausbildung (9,0%)

-
- Eine stärkere Integration der Supervisoren in die Abläufe des Ausbildungsinstitutes, in die Inhalte in der praktischen Ausbildung und mit der Theorie wird gefordert.
 - Die Supervision sollte besser theoretisch vorbereitet werden.
 - Qualifizierung der Supervisoren (7,8%)
 - Es sollte mehr Weiter-/Fortbildungen für die Supervisoren geben sowie mehr Supervision der Supervisoren.
 - Mehr kollegiale Kooperation (7,6%)
 - Die Supervisoren schlagen mehr kollegiale Kooperation durch Supervisorenkonferenzen oder Foren etc. vor.
 - Auch ein verstärkter Austausch zwischen den ATN und den Supervisoren wird vorgeschlagen.
 - Verbesserung der Methodik (6,8%)
 - Die Supervisoren schlagen einen stärkeren Einsatz technischer (videogestützter) Dokumentation vor sowie das Verstärken des direkten Kontaktes zwischen Patient und Supervisor durch mehr direkte (Live) Supervision.
 - Weiterhin wird ein stärkerer Einbezug technisch-kasuistischer Seminare in die Ausbildung befürwortet.
 - Verbesserung der Inhalte (6,3%)
 - Unter diese Oberkategorie wurden verschiedenste Vorschläge zu Supervisionsinhalten zusammengefasst, wie zum Beispiel ein gesonderter Bearbeitungszeitraum für Formalitäten, der stärkere Einbezug verschiedener Perspektiven oder ein stärkerer Theorie-Fallbezug.
 - Erarbeiten und Evaluation von Qualitätskriterien für die SV (6,3%)
 - Hier wurde vor allem die Verbesserung der Supervisionsqualität durch Einführung klarer Qualifikationskriterien gefordert, d.h. sowohl Voraussetzungen von Supervisoren als auch für den Ablauf der Supervision.
 - Einführung einer regelmäßigen Evaluation der Supervisortätigkeit

Eine weitere kleinere Oberkategorie befasst sich mit dem Vorschlag, Bewertungskriterien für Supervisanden einzuführen (1,9%).

Aussagen, die der Ergebnisqualität zugeordnet werden konnten, wurden in zwei Oberkategorien eingeteilt. Neben wenigen (1,4%) Bekundungen von Zufriedenheit mit der SV wurde vor allem vorgeschlagen, spezifische Kompetenzen wie das Erarbeiten eines therapeutischen Stiles und die individuelle Selbstöffnung zu fördern (3,4%).

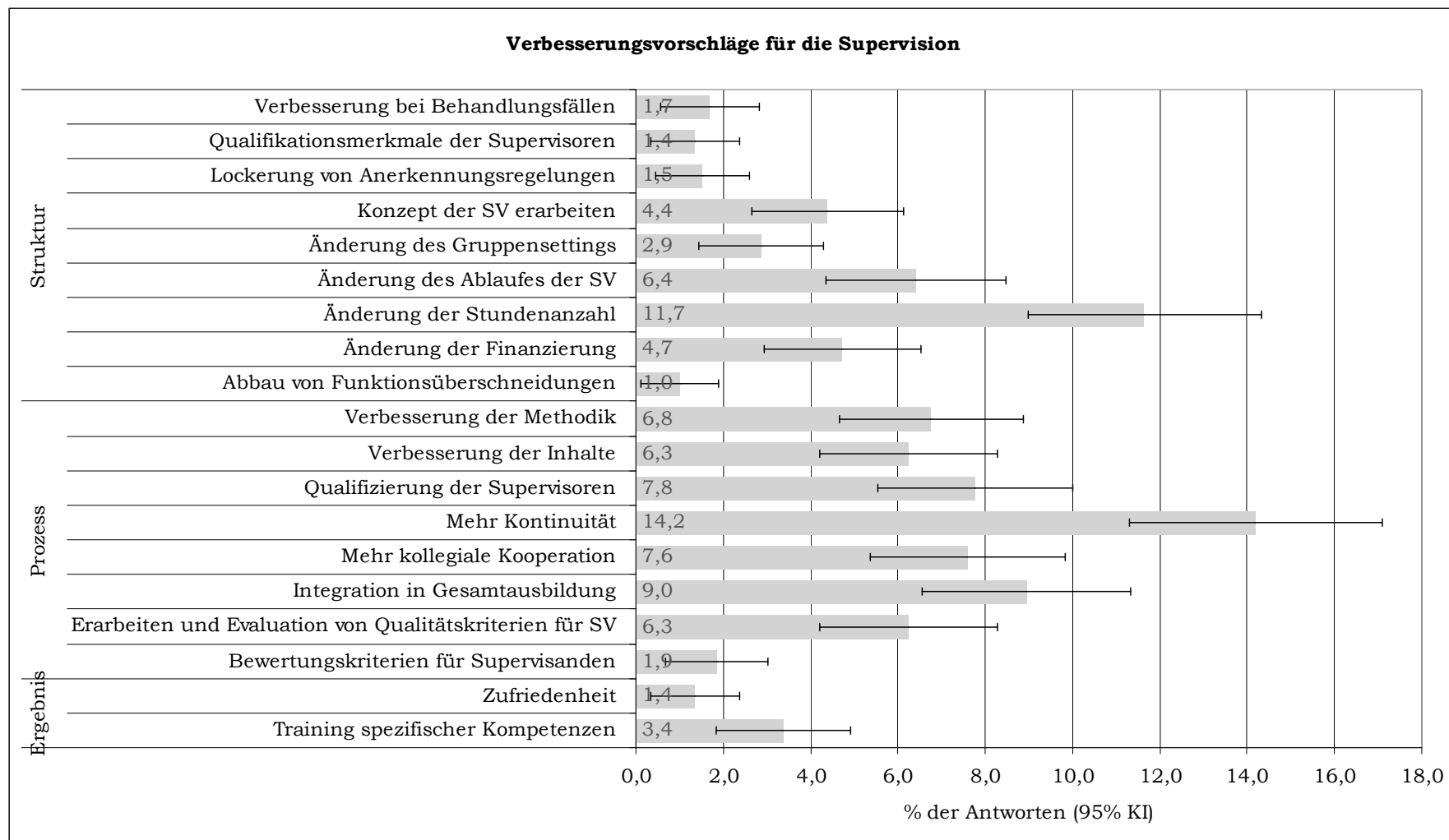


Abbildung E.2-2: Verbesserungsvorschläge für die Supervision

E.3. Nichteignung

Zum Themenbereich der Nichteignung von psychotherapeutischen Kandidaten in der Ausbildung werden die Ergebnisse aus der Befragung der Institutsleiter dargestellt.

E.3.1. Anteil an ungeeigneten Kandidaten

Für eine Einschätzung, wie viele der zur Ausbildung zugelassenen Kandidaten überhaupt während der Ausbildung als ungeeignet erscheinen, wurden die Institutsleiter um eine prozentuale Angabe gebeten, jeweils getrennt für die PP- und die KJP Ausbildung. Bei den Institutsleitern gab es für die PP-Ausbildung allerdings eine Antwort von einem VT-Institut, welches diese Frage mit 95% bzw. 50% beantwortet hat. Hier ist nicht ganz klar, ob die Frage falsch verstanden worden ist, oder ob diese vergleichsweise hohe Prozentzahl den wirklichen Eindruck wiedergibt. Da es sich nur um ein Institut handelt, wurde dieser Ausreißerwert von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Im Mittel über alle Vertiefungsverfahren hinweg erschienen den Institutsleitern ungefähr gleich viele PP- wie KJP-Kandidaten als nicht geeignet (Tabelle E.3-1), nämlich je circa 4-5%. Auch die Maximum-Angaben sind unter Ausschluss des Ausreißerwertes ebenfalls ungefähr gleich hoch (20% bzw. 25%). In der KJP-Ausbildung unterscheiden sich die Verfahren nicht signifikant ($F[2,48]=.237$, $p>.05$), aber in der PP-Ausbildung (Brown-Forsythe $[2,52, 58]=7.402$, $p<.01$). In der psychodynamischen Ausbildung werden mehr ATN als ungeeignet eingeschätzt als in der verhaltenstherapeutischen.

Tabelle E.3-1: Prozentsatz ungeeigneter ATN in der KJP- bzw. PP-Ausbildung (Einschätzung der Institutsleiter)

	PP°			KJP°		
Vertiefungsverfahren des Institutes	N (fehlend)	M (SD)°°	Range (Min-Max)	N (fehlend)	M (SD)°°	Range (Min-Max)
PD	56 (1)	5,9 (5,9)	0-25	25 (5)	4,0 (4,1)	0-15
VT	43 (5)	3,0 (3,1)	0-10	20 (2)	4,1 (5,4)	0-20
VT+PD	7 (1)	3,0 (3,0)	0-8	6 (2)	5,5 (5,8)	0-15
Gesamt	107 (7)	4,6 (4,9)	0-25	51 (9)	4,2 (4,7)	0-20

° Es wurden nur Werte von Institutsleitern aufgenommen, die wirklich in dem Ausbildungsgang tätig sind. °° Aufgrund der schiefen Verteilungen (26,2% der PP bzw. 27,5% der KJP Institutsleiter schätzten 0% ihrer ATN für ungeeignet ein) wurde auch der Median berechnet: PP: 3,25; KJP: 2. Dennoch wurde der jeweils höhere Mittelwert verwendet, da die Problematik nach Pfäfflin & Kächele (2005) eher unterschätzt wird.

E.3.2. Feststellungskompetenz für Nicht-Eignung

Die Institutsleiter (n=124) wurden gefragt, durch wen aktuell die Feststellung der Nicht-Eignung bei einem Ausbildungskandidaten gemacht wird. Antwortalternativen wurden vorgegeben und Mehrfachantworten waren möglich. Wie in Abbildung E.3-1 dargestellt, wurde als häufigstes angegeben, dass die Supervisoren diese Kompetenz innehaben (84,7%). Als zweit- und dritthäufigste Instanz wurden die Ausbildungsleitung (66,9%) und die Ambulanzleitung (57,3%) genannt. Deutlich weniger häufig wird der Selbsterfahrungsleiter (37,9%) in dieser Funktion genannt.

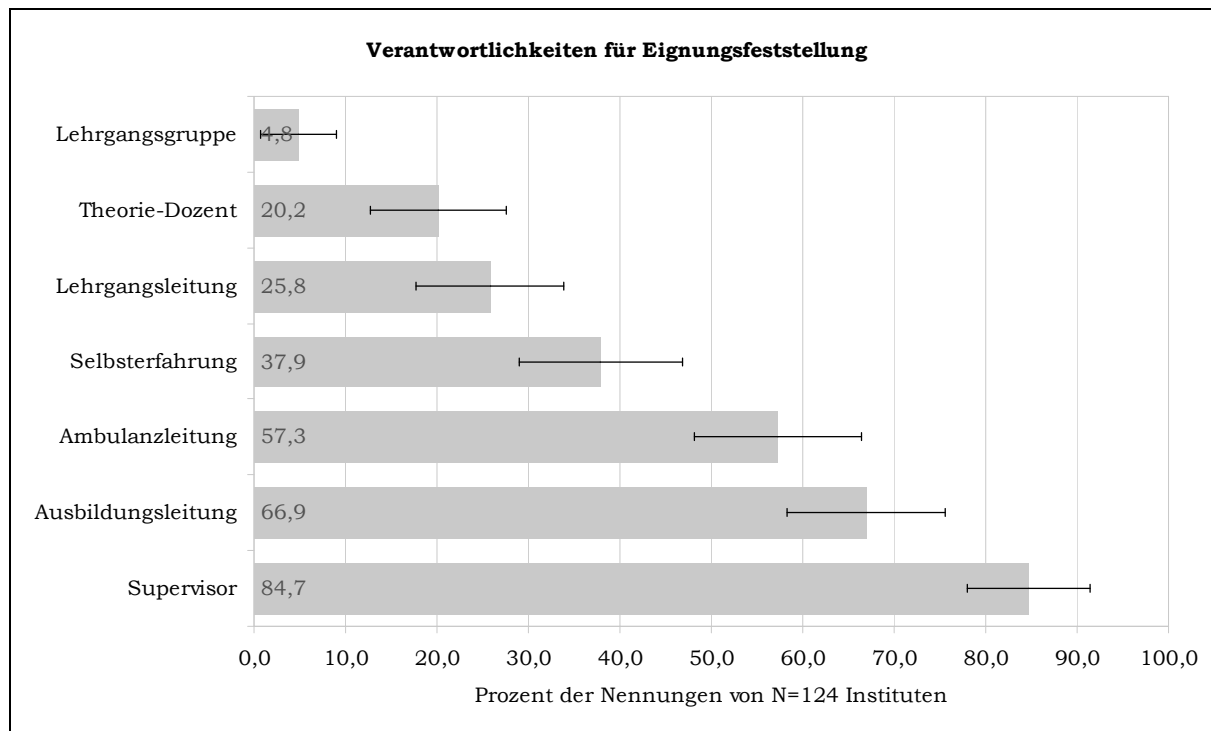


Abbildung E.3-1: Verantwortliche Personen für die Feststellung einer Nicht-Eignung

Die Angabe von sonstigen Verantwortlichen war bei der Frage ebenso möglich. Hier wurden folgende sonstige Verantwortliche genannt (n=24)

- Aus- und Weiterbildungsausschuss (bestehend aus Supervisoren, Dozenten, Lehranalytikern/Selbsterfahrungsleitern)
- Supervisorenkonferenz
- Erstinterview/Zulassungsgespräch.

E.3.3. Maßnahmen bei festgestellter Nicht-Eignung

Zur Frage, wie mit Kandidaten, die für nicht geeignet gehalten wurden, innerhalb der Ausbildung umgegangen wird, wurden die Institutsleiter ebenso befragt (mit verschiedenen Antwortalternativen bzw. mit einer offenen 'Sonstiges'-Kategorie).

Die Institutsleiter (n=123) gaben am häufigsten an (Abbildung E.3-2), dass im Falle einer mangelnden Eignung der Teilnehmer zu einem Gespräch mit der Ausbildungsleitung geladen wird (93,5%) und dass der Supervisor verantwortlich ist, hier ein Gespräch mit dem Teilnehmer zu führen (74,8%). Ungefähr die Hälfte der Institute gab außerdem an, dass sie in dieser Situation eine interne Kommission einberufen würden (50,4%).

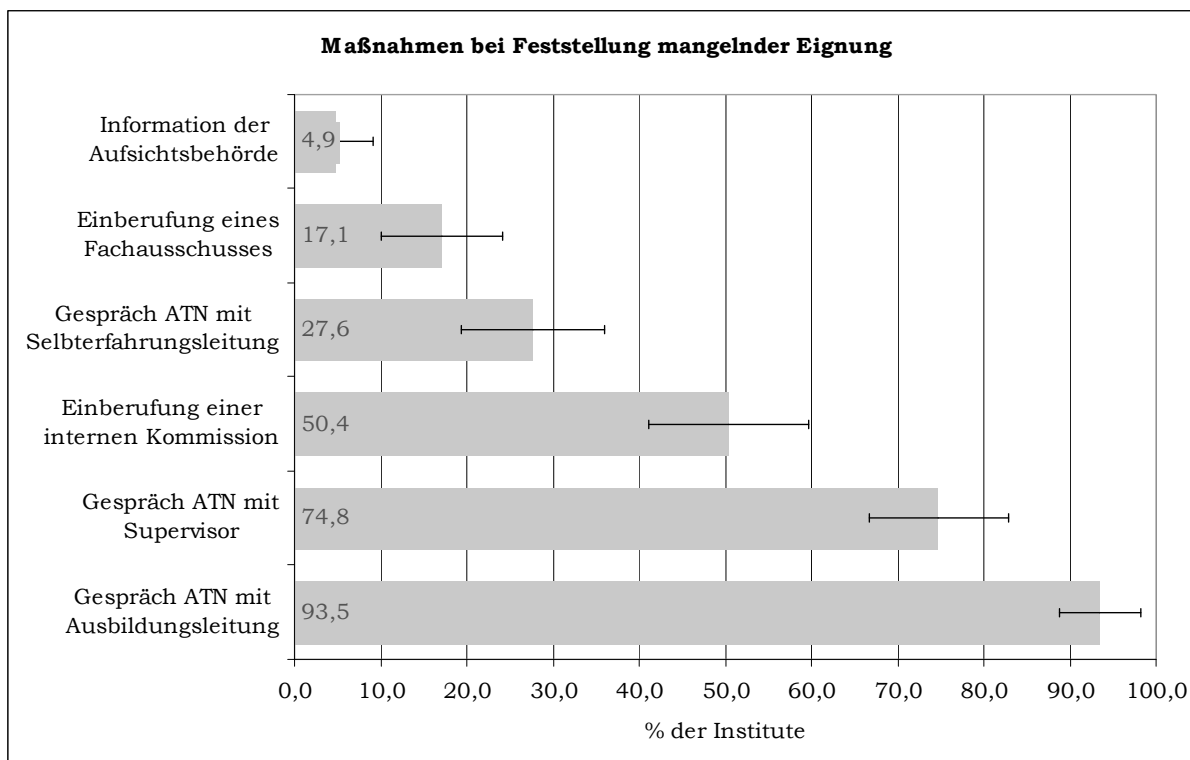


Abbildung E.3-2: Durchgeführte Maßnahmen bei nicht geeigneten Kandidaten (Fachausschuss = Ausbildungs-Weiterbildungsausschuss, Unterrichtsausschuss)

Von allen Instituten, die auf diese Frage geantwortet haben, wählten auch circa ein fünftel (n=26) die freie Antwortmöglichkeit. Hier zeigte sich, dass an sonstigen Maßnahmen unter anderem auch Auflagen erteilt werden, wie zum Beispiel die zusätzliche Inanspruchnahme von notwendigen Ausbildungsbestandteilen.

Die genannten sonstigen Maßnahmen sind im Folgenden aufgeführt:

- Erteilung von Auflagen: Eigentherapie, zusätzliche Einzelselbsterfahrung, problembezogene zusätzliche Supervision, nur TfP-Ausbildung, Verlängerung von Teilen der Ausbildung, vorübergehender Entzug der Behandlungserlaubnis
- ggf. Kündigung, Beendigung der Ausbildung in mehrstufigem Prozess, Nicht-Bestehen der Zwischenprüfung
- Einbeziehung der Rückmeldung anderer Beteiligter (Tagung von Ausschüssen/Kommissionen, Kliniken/Lehrpraxen).

E.3.4. Auswahlverfahren

Für die Sicherung von einem möglichst hohen Prozentsatz geeigneter Kandidaten ist unter anderem die Form des Auswahlverfahrens wichtig. Die Institutsleiter (n=128) wurden daher auch nach ihren Vorstellungen für die beste Auswahl der Kandidaten befragt, auch hier wurden Antwortalternativen vorgegeben und die Möglichkeit einer Sonstiges-Kategorie und von Mehrfachnennungen gegeben. Die häufigste gewünschte Form der Auswahlverfahren (Abbildung E.3-3) ist das Bewerberinterview (87,5%), gefolgt von der Auswahl nach formalen und inhaltlichen Kriterien (60,9%), gefolgt von der Auswahl nach formalen und inhaltlichen Kriterien (z.B. Berufsabschluss oder Nachweis der Inhalte von Vorerfahrungen; 60,9%).

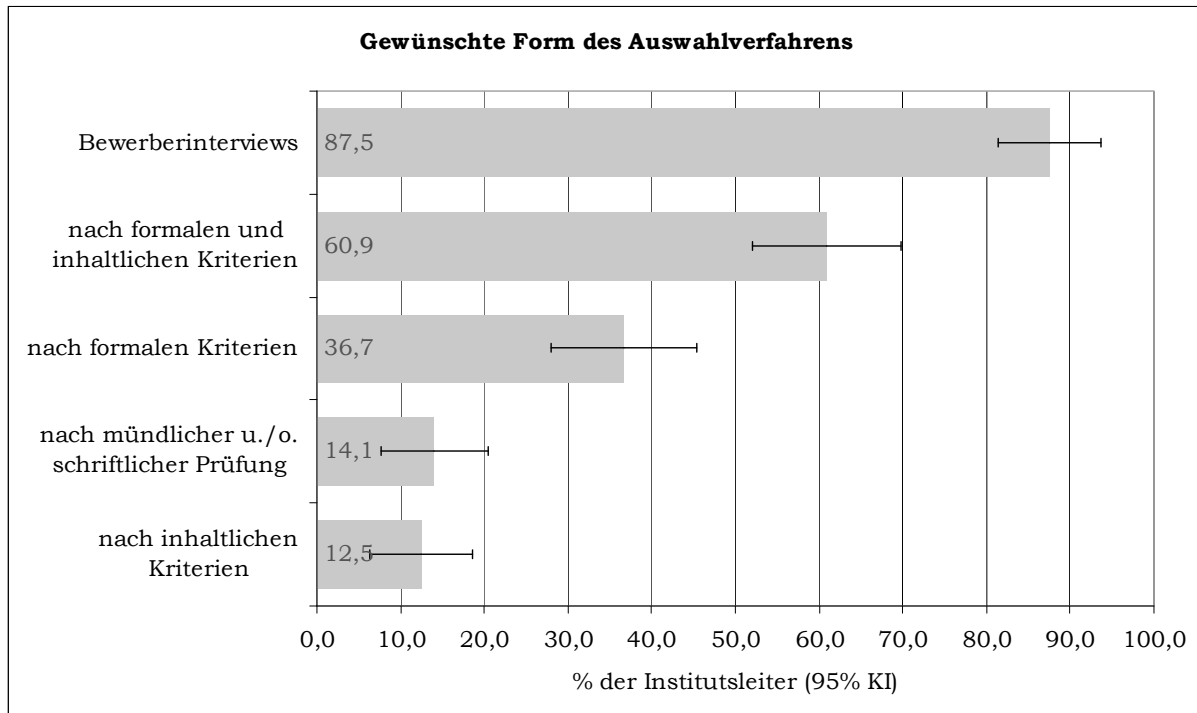


Abbildung E.3-3: Form des zukünftigen Auswahlverfahrens - Befragung Institutsleiter

Da eine Mehrfachantwortoption gegeben war, wurden die Häufigkeiten der plausibelsten Kombinationen von Auswahlverfahren berechnet (jeweils % der Institutsleiter, n=128):

- Bewerberinterview + formale + inhaltliche Kriterien: 53,1%
- Bewerberinterview + formale Kriterien: 32,0%
- Bewerberinterview + inhaltliche Kriterien: 10,2%
- Bewerberinterview + Prüfungen: 10,9%

Alle anderen Kombinationen wurden von weniger als 10% der Institutsleiter angekreuzt. Die Option, die Bewerber ausschließlich ‚nach Papier‘ auszuwählen, also weder über ein Bewerberinterview noch über eine Prüfung, wählten nur 11 Institutsleiter (8,6%).

In der Antwortkategorie 'Sonstiges' wurden 17 Antworten zur PP-Ausbildung gegeben und 20 zur KJP-Ausbildung. Aufgrund der Ähnlichkeit der Antworten wurden diese zur Auswertung zusammengefasst. An sonstigen Möglichkeiten zur Auswahl der Kandidaten wurden folgende genannt:

- Assessment Center: praktische Übungen, 2tägig, Beurteilung durch Supervisoren, Workshops, Gruppengespräche, Darstellung der eigenen Person in Gruppe, gruppendynamische Übungen und Psychodramaanteile
- Einzelinterviews: ausgiebig durch Ausbildungsleitung, Klärung der Motive in einem Coachinggespräch, Klären der persönlichen Eignung.

E.3.5. Kriterien für mangelnde Eignung

Die Institutsleiter wurden befragt, welche Kriterien für eine mangelnde Eignung gesehen werden. Die Frage an die Institutsleiter lautete konkret: „Bitte beschreiben Sie kurz stichwortartig, was Ihrer Meinung nach eine mangelnde Eignung als PsychotherapeutIn ausmachen kann (z.B. Fachliche/berufliche Vorerfahrung, Lebenserfahrung, Alter, Beziehungsfähigkeit usw.)“.

Die offenen Antworten, die die Institutsleiter hier gegeben haben (Aussagen von n=107 Instituten), wurden nach der Methode von Phillip Mayring induktiv inhaltlich zu Kategorien zusammengefasst (Mayring, 2008). Dabei entstand ein Kategoriensystem mit 16 Einzelkategorien, die wiederum zu 7 Oberkategorien zugeordnet wurden. Um den Inhalt der Einzelkategorien zu verdeutlichen, wurden diese inhaltlich beschrieben und mit Ankerbeispielen versehen. Diese Übersicht (siehe Anhang) und n=30 zufällig ausgewählten Aussagen wurde Ratern vorgelegt, die mit der Thematik vertraut waren. Die ermittelte Interraterübereinstimmung betrug $\kappa=0,84$, $\kappa=0,77$ und $\kappa=0,77$, was nach Landis & Koch (1977) als substantielle/gute Übereinstimmung zu bewerten ist. Krippendorffs Alpha betrug 0,74, was als ausreichend zu bewerten ist (Krippendorff, 2004).

In Abbildung E.3-4 sind zunächst nur die Oberkategorien dargestellt. Über die Hälfte der Aussagen der Institutsleiter (59,3%) sprachen sich dafür aus, dass Mängel im Bereich

personaler Kompetenzen ein Kriterium mangelnder Eignung für den psychotherapeutischen Beruf sind. Deutlich weniger, jedoch immer noch mehr als ein fünftel aller Aussagen beschrieben Mängel im Bereich der therapeutischen Beziehung als ausschlaggebendes Mangelkriterium (23,1%). Alle anderen erstellten Oberkategorien haben vergleichsweise wenig Gewicht mit Häufigkeiten von 1,7-5,9% der Antworten.

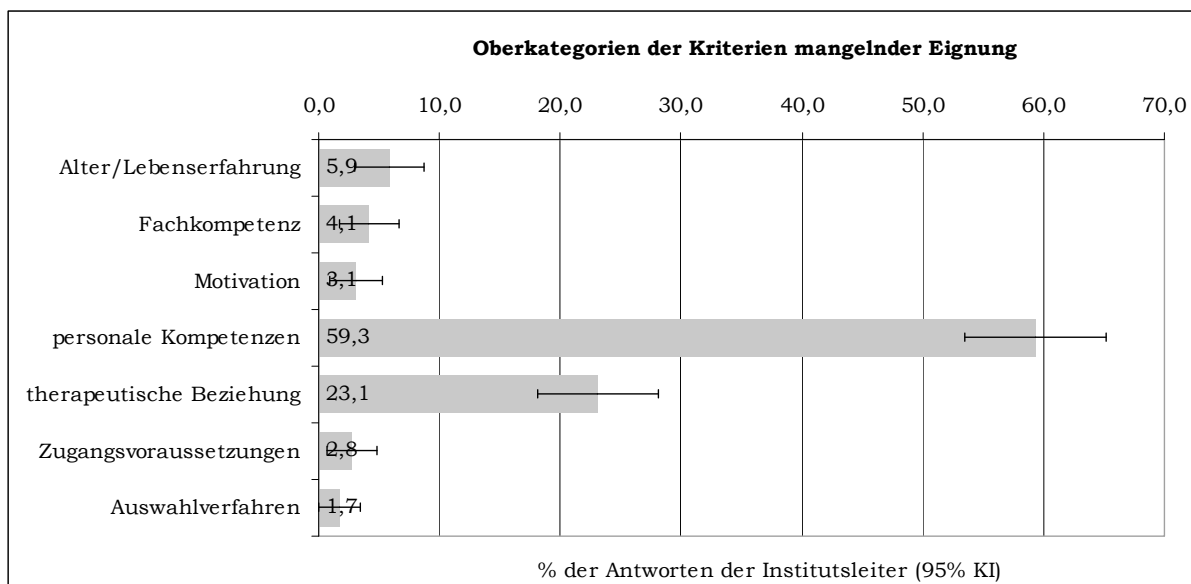


Abbildung E.3-4: Oberkategorien mangelnder Eignung

In Abbildung E.3-5 sind neben den Oberkategorien auch die erstellten *Einzelkategorien* dargestellt. Am häufigsten sind demnach Kandidaten für den Beruf als Psychotherapeut nur unzureichend geeignet, wenn Sie nicht bearbeitete eigene Störungsanteile haben bis hin zu manifesten psychischen Störungen. Mehr als ein Fünftel (23,4%) aller Aussagen der Institutsleiter beinhalteten diese *personalen Aspekte von mangelnder Eignung*, womit diese Kategorie die größte im Kategoriensystem bildet. Hier wurden Aussagen zusammengefasst, die eine problematische Persönlichkeitsstruktur (z.B. fehlende strukturelle Reife/Instabilität der Persönlichkeit) bei den Teilnehmern für schwierig hielten (8,3% der Aussagen) oder allgemeine psychische Probleme (nicht bearbeitete eigene Störungsanteile/unbewusste Konflikte) (5,3%). Weiterhin wurden hier konkrete Störungsbilder genannt, wie eine narzisstische Persönlichkeit (2,7%) oder andere schwerwiegende psychische Störungen (Psychosen, Sucht, psychische Störungen mit Psychopharmakaeinnahme) (6,3%). Die zweithäufigste Kategorie im Kategoriensystem 'Kriterien für mangelnde Eignung' war die Kategorie '*Mangelnde Interaktionskompetenz*' (19,7%) unter der Oberkategorie 'Therapeutische Beziehung'. Fast zwanzig Prozent der Aussagen der Institutsleiter sagten aus, dass ein Mangel in der Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen bzw. konkret zu Patienten zu formen ein Kriterium für eine mangelnde Eignung als Psychotherapeut darstellt. Weitere Begriffe für diese Kategorie waren zum Beispiel eine mangelnde Kommunikationsfähigkeit, eine Kontaktstörung, interpersonelle Probleme oder mangelnde soziale Kompetenz. An dritter Stelle standen im Kategoriensystem Aussagen, die eine

mangelnde Introspektions- und Reflexionsfähigkeit zum Inhalt hatten (10,0%), also zum Beispiel eine mangelhafte Problemeinsicht, das sich Nicht-Einlassen-Können auf die Selbsterfahrung sowie eine mangelnde Kritikfähigkeit. Fast genauso häufig wurden als Kriterien für mangelnde Eignung eine *mangelhafte Empathiefähigkeit* genannt (9,7%), was unter die Oberkategorie 'personale Kompetenzen' eingeordnet wurde. Weiterhin werden von 5,9% der Institutsleiter ein zu junges Alter bzw. zu wenig Lebenserfahrung als ein Kriterium für mangelnde Eignung angesehen sowie ideologische Rigidität (5,5%). Unter letztere Kategorie wurden Aussagen zugeordnet, die die Ausbildungskandidaten als wenig flexibel in ihrer Rolle als Psychotherapeut beschrieben oder als ideologisch fixiert.

Insgesamt zeigen die Kategorien der Antworten auf die Frage nach Kriterien mangelnder psychotherapeutischer Eignung, dass es vor allem Aspekte der personalen Kompetenz und der Kompetenz im Aufbau einer therapeutischen Beziehung sind, die relevant erscheinen. Fachliche Kompetenz, wie mangelndes Fachwissen oder mangelnde Zugangsqualifikation wurden deutlich weniger häufig genannt. In Anhang sind auch für alle Kategorien Beschreibungen und Ankerbeispiele nachzulesen.

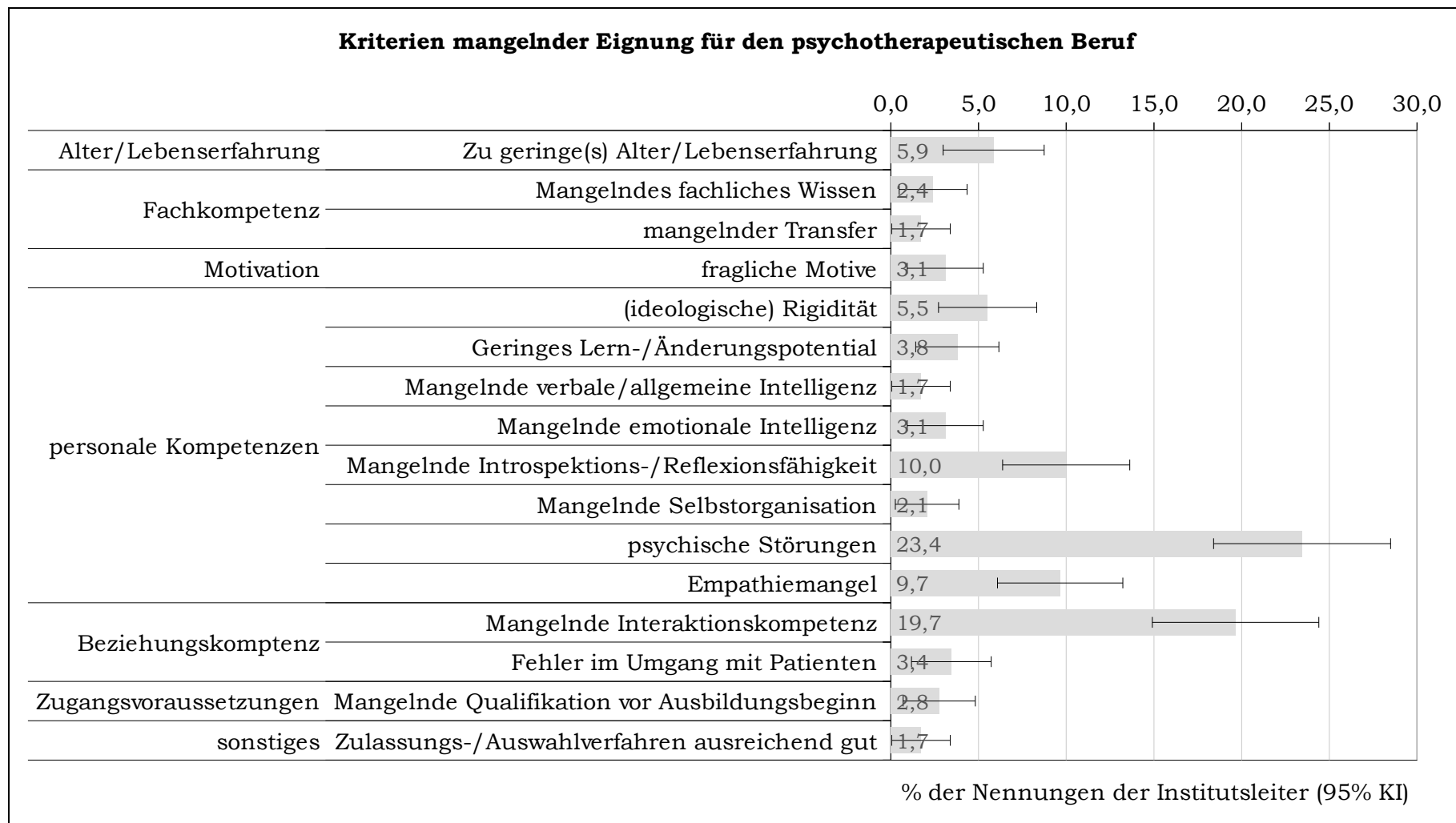


Abbildung E.3-5: Kategorien für mangelnde Eignung für den psychotherapeutischen Beruf - Antworten der Institutsleitungen

E.3.6. Umgang mit mangelnder Eignung aus Sicht der Selbsterfahrung

Nach der allgemeinen Kategorisierung der Antworten der Selbsterfahrungsleiter zu Verbesserungsvorschlägen und Problemen mit der Selbsterfahrung wurden die Antworten in einem weiteren Schritt nochmals untersucht mit dem spezifischen Fokus auf Inhalte zum Umgang mit nicht geeigneten Kandidaten. Aus der Gesamtanzahl von Antworten zu Problemen mit der Selbsterfahrung (693 Aussagen von 486 Selbsterfahrungsleitern) wurden $n=39$ Aussagen (5,6%) herausgefiltert, die sich spezifisch mit den Problemen mit ungeeigneten Kandidaten beschäftigten. Weiterhin wurden aus der Gesamtanzahl von Antworten zu Verbesserungsvorschlägen zur Selbsterfahrung (461 Aussagen von 364 Selbsterfahrungsleitern) $n=25$ Aussagen herausgefiltert (5,4%), die sich spezifisch mit Verbesserungen im Umgang mit ungeeigneten Kandidaten beschäftigt haben. Hier zeigt sich, dass dieses Thema im Rahmen der allgemein gehaltenen Frage zu Problemen und Verbesserungsvorschlägen nicht zu den wichtigsten Themen für die Selbsterfahrung zählt, aber dennoch präsent zu sein scheint.

Diese Aussagen wurden inhaltlich zusammengefasst und zu Kategorien zugeordnet nach dem Vorgehen von Mayring (2008). Für die Probleme aus Sicht der Selbsterfahrung im Umgang mit ungeeigneten Kandidaten wurden vier Kategorien/Bereiche bestimmt, für die Verbesserungsvorschläge drei Antwortkategorien.

In Tabelle E.3-2 und Tabelle E.3-3 sind die Antwortkategorien mit Beschreibungen der Kategorien dargestellt. Im Anhang sind ausführlich Ankerbeispiele dargestellt.

Für die *Problem Bereiche* wurden drei etwas größere Kategorien herausgefiltert und eine kleine Einzelkategorie. Die drei größeren Bereiche befassten sich mit der Problematik des Spannungsfeldes zwischen der Schweigepflicht, der die Selbsterfahrung unterliegt einerseits und der Notwendigkeit der Meldung von Kandidaten, die im Verlauf der Selbsterfahrung für ungeeignet befunden werden. Die Aussagen der Selbsterfahrungsleiter zeigten hier, dass das so genannte non-reporting-System der Selbsterfahrung in der Ausbildung, welches den Ausbildungskandidaten einen sanktionsfreien, geschützten Raum bieten soll, im Falle der Nicht-Eignungs-Feststellung zu einer scheinbar schwer lösbaren Problematik wird.

Weiterhin wurden als Problemstellung die Ausschlusskriterien genannt. Hier bezogen sich die Antworten auf die Schwierigkeit, dass es keine klaren und eventuell sogar juristisch durchsetzbaren Kriterien gibt für Nicht-Eignung und die mögliche Konsequenz eines Ausbildungsabbruches. Weitere $n=8$ Selbsterfahrungsleiter nannten allgemein die Problematik der ungeeigneten Kandidaten ohne weitere Spezifikationen. Nur drei Selbsterfahrungsleiter sagten, dass eine mangelnde Vorauswahl überhaupt erst zu der Problematik von ungeeigneten Kandidaten in der Ausbildung führen würde.

Tabelle E.3-2: Problemdarstellungen bezüglich nicht geeigneter Kandidaten innerhalb der Selbsterfahrung

Antwortkategorien	Gesamt n=39 Nenn- ungen	Kategorienbeschreibung
Spannungsfeld Schweigepflicht – Entdeckung fehlender Eignung	12	Spannungsbereich, dass Selbsterfahrung in einem schweigepflichtigen Rahmen stattfinden soll (non-reporting-System) und damit als ungeeignet 'erkannte' Kandidaten eigentlich weitergemeldet werden sollten, aus ethischen Gründen dies aber dennoch passieren sollte
Ausschlusskriterien	8	Fehlende klare und evtl. juristisch durchsetzbare Kriterien für Ausbildungsabbruch bei ungeeigneten Kandidaten
Vorauswahl	3	Vorauswahl ist wichtig und Mangel an Vorauswahl zeigt sich in Ausbildung
allgemein	8	Allgemeine Nennung, dass der Umgang mit ungeeigneten Kandidaten schwierig zu handeln ist

Aus den *Verbesserungsvorschlägen* zur Selbsterfahrung konnten ein Hauptverbesserungsbereich und zwei kleinere Vorschläge herausgefiltert werden. Hauptsächlich wurde vorgeschlagen, eine bessere, gezielte Selektion bei der Zulassung zur Ausbildung auszuüben. Hier wurde spezifisch verlangt, Selbsterfahrungselemente in die Auswahl mit einzubeziehen bzw. die Selbsterfahrung überhaupt vor Beginn der Ausbildung zu stellen, damit die Kandidaten vorher fundierter klären können, ob sie einer klinisch-therapeutischen Tätigkeit gewachsen sind. Die zwei kleineren Verbesserungsvorschläge befassten sich mit der Option früh in der Ausbildung einen Fokus auf Sondierung zu legen, zum Beispiel vor Beginn der Praktischen Ausbildung. Weiterhin wurde vorgeschlagen, Kriterien für eine erfolgreiche Selbsterfahrung zu erarbeiten, wodurch dieser Ausbildungsbaustein mit einer Art Zertifikat bzw. Katalog mit Entwicklungszielen abgeschlossen werden sollte.

Tabelle E.3-3: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit ungeeigneten Kandidaten innerhalb der Selbsterfahrung

Antwort-kategorien	Gesamt n=25 Nennungen	Kategorienbeschreibung
Selektion	9	Stärkere Selektion durch Interviews oder vorgeschaltete Selbsterfahrung (in Teilen oder komplett)
frühere Sondierung	4	Stärkere Fokus auf Sondierung früh in der Ausbildung
Erfolgskriterien	3	Kriterien für 'erfolgreiche' Selbsterfahrung entwickeln

E.3.7. Umgang mit mangelnder Eignung aus Sicht der Supervision

Nach der allgemeinen Kategorisierung der Antworten der Supervisoren zu Verbesserungsvorschlägen und Problemen mit der Supervision wurden die Antworten in einem weiteren Schritt nochmals untersucht mit dem spezifischen Fokus auf Inhalte zum Umgang mit nicht geeigneten Kandidaten. Aus der Gesamtanzahl von Antworten zu Problemen mit der Supervision (1011 Aussagen von 780 Supervisoren) wurden 65 Aussagen herausgefiltert, die sich spezifisch mit den Problemen mit ungeeigneten Kandidaten beschäftigten. Weiterhin wurden aus der Gesamtanzahl von Antworten zu Verbesserungsvorschlägen zur Supervision (592 Aussagen von 563 Supervisoren) n=18 Aussagen herausgefiltert, die sich spezifisch mit Verbesserungen im Umgang mit ungeeigneten Kandidaten beschäftigt haben. Dies entspricht einer relativen Häufigkeit bezogen auf die Anzahl der Nennungen von 6,4% bzw. 3,0%.

Diese Aussagen wurden Kategorien zugeordnet nach dem Vorgehen von Mayring (2008). Für die Probleme aus Sicht der Supervisoren im Umgang mit ungeeigneten Kandidaten wurden vier Kategorien/Bereiche bestimmt, für die Verbesserungsvorschläge drei Antwortkategorien.

In Tabelle E.3-4 und Tabelle E.3-5 sind die Antwortkategorien mit Beschreibungen der Kategorien dargestellt. Im Anhang sind ausführlich Ankerbeispiele dargestellt.

Für die *Problemkriterien* gab es von den Aussagen, die zum Thema Nicht-Eignung zugeordnet werden konnten, drei gleich häufige Kategorien und eine kleinere Kategorie. Bei den drei gleich häufigen Kategorien sahen die Supervisoren einmal, dass es keine Strukturen bzw. Prozesse gibt, die den Umgang mit Kandidaten regeln, die in der Supervision als ungeeignet eingeschätzt werden. Hier wurden auch fehlende rechtliche Rahmen bemängelt sowie die Notwendigkeit gesehen, umfassende Änderungen zur besseren Förderung der Kandidaten zu installieren. Weiterhin befassten sich die Aussagen mit dem Thema fehlender einheitlicher Kompetenzkriterien anhand welcher überhaupt eine mangelhafte Eignung festgestellt werden kann bzw. anhand welcher ausreichende Kompetenz abgelesen werden kann. In der nächsten Kategorie („Koordination der Supervisoren“) wurden Aussagen zu fehlenden Strukturen gemacht. Die nicht ausreichende Vernetzung der Supervisoren, die auch schon allgemein bemängelt wurde (siehe Kapitel E.2.1.2), wird auch hier im Hinblick auf den dadurch erschwerten Austausch über wenig geeignete Kandidaten kritisiert. In der kleineren Kategorie „Unklare Rolle der Supervisoren“ befassten sich die Antworten der Supervisoren mit dem Problem der unklaren Verantwortlichkeit für die von den als ungeeignet eingeschätzten Kandidaten behandelten Patienten.

Tabelle E.3-4: Problemdarstellungen bezüglich nicht geeigneter Kandidaten innerhalb der Supervision

Antwort-kategorien	Gesamt n=65 Nennungen	Kategorienbeschreibung
Prozesskriterien	13	Fehlende Strukturen für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten
Kompetenzkriterien	14	Fehlende Kriterien für die Supervisoren für gute Behandlung/gute Kandidaten/zu erreichende therapeutische Kompetenzen
Koordination der Supervisoren	14	Verbesserte Vernetzung der Supervisoren, um sich besser über ungeeignete Kandidaten zu verständigen
Unklare Rolle der Supervisoren	6	Frage der Verantwortung für Patienten

Bei den *Verbesserungsvorschlägen* zur Supervision konnten drei Kategorien herausgefiltert werden, die sich speziell mit dem Thema der ungeeigneten Kandidaten beschäftigten. Als dabei häufigste Kategorie wurden Vorschläge gemacht zur Erstellung von Kriterien für die in der Ausbildung zu erreichenden Kompetenzen bzw. für unzureichende Eignung, damit die Supervisoren sozusagen einen 'Katalog' in der Hand haben, um einen gelingenden vs. einen nicht gelingenden Ausbildungsverlauf quantifizieren zu können. Zu dieser Kategorie zählten außerdem Vorschläge für einen Nachweis von Skills als Endresultat der Supervision. Die zwei kleineren Kategorien bezogen sich auf die Verbesserung der Strukturen zum Austausch der Supervisoren über Kandidaten bzw. auf die Entwicklung von Richtlinien im Umgang mit als ungeeignet 'entdeckten' Kandidaten.

Tabelle E.3-5: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit ungeeigneten Kandidaten innerhalb der Supervision

Antwort-kategorien	Gesamt n=18 Nennungen	Kategorienbeschreibung
Kriterien für Bewertung von Kandidateneignung	9	Erstellen von Kriterien für: zu erreichende Kompetenzen in Supervision, unzureichende Eignung, Ausschluss
Strukturen verbessern	4	Verbesserte Strukturen für Rückmeldung über und an Kandidaten
Richtlinienentwicklung	3	Richtlinien für Umgang mit schwierigen Kandidaten

E.4. Psychotherapeutische Kompetenzen

Die Institutsleiter wurden in der zweiten Institutsleiterbefragung des Forschungsgutachtens befragt, welche drei Kompetenzen die Ausbildungsteilnehmer am Ende der Ausbildung erlangt haben sollten. Dazu stand erneut ein offenes Antwortformat zur Verfügung. Die Auswertung erfolgte bis zur Ebene der Einzelkategorien induktiv, d.h. ohne Anlehnung an eine bestehende Kompetenzdefinition. Zur Zusammenfassung der Einzelkategorien zu Ober- und vor allem zu Hauptkategorien wurde nach der deduktiven Methodik vorgegangen (Mayring, 2008). Hier lag die Kompetenzdefinition der Bundespsychotherapeutenkammer zugrunde (siehe auch Methodenteil Kapitel E.3.1).

Drei mit der Thematik vertrauten Ratern (Diplomanden, eingearbeitete Hilfskräfte) wurden 41 zufällig ausgewählten Aussagen. Der Kodierleitfaden für die Rater ist im Anhang zu finden. Die ermittelte Interraterübereinstimmung (Zuordnung der Aussagen zu den Einzelkategorien) betrug bei drei Gegenratern jeweils $\kappa=0,77$, $\kappa=0,83$ und $\kappa=0,88$. Nach Landis & Koch (1977) ist dies als substantielle/gute bis sehr gute Übereinstimmung zu bewerten. Krippendorffs Alpha betrug $\alpha=0,84$, was ebenso als gut zu bezeichnen ist.

Von jeweils 129 Institutsleitern beschrieben 123 eine erste zentrale Kompetenz, 122 eine zweite zentrale Kompetenz und 117 eine dritte zentrale Kompetenz. Zunächst wurde für jede dieser drei Antwortbereiche (zentralste Kompetenz, zweit- bzw. drittzentralste Kompetenz) ein eigenes Kategoriensystem entwickelt. Dabei entstanden 22, 23 bzw. 23 Einzelkategorien, die jeweils 15 Oberkategorien und drei Hauptkategorien zugeordnet wurden. Auf der Ebene der Hauptkategorien (fachlich-konzeptuelle Kompetenz, Beziehungskompetenz, personale Kompetenz) waren die drei Kategoriensysteme sehr ähnlich. Die fachlich-konzeptuelle Kompetenz erreichte jeweils eine relative Häufigkeit von 56,4/59,0/58,9% bezogen auf die Anzahl der Nennungen der Institutsleiter. Personale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen wurden bei den drei Fragen zur erst-, zweit- und dritt wichtigsten Kompetenz jeweils ungefähr gleich häufig genannt (personale Kompetenz: 22,7/18,1/20,5%; Beziehungskompetenz: 20,9/22,8/20,5%). Aufgrund dieser Ähnlichkeiten der Antworten auf die drei Fragen, und auch aufgrund der Ähnlichkeit der erstellten Einzelkategorien (siehe Anhang) wurden die Antworten zu einem Kategoriensystem zusammengefügt.

Die häufigste Oberkategorie war mit Abstand die der fachlich-konzeptuellen Kompetenzen (57,2%), die zweithäufigste die der Beziehungskompetenzen (21,9%) und schließlich fast gleichhäufig die Oberkategorie der personalen Kompetenzen (21,0%) (Abbildung E.4-1).

In Abbildung E.4-2 sind schließlich die 15 Einzelkategorien psychotherapeutischer Kompetenz dargestellt, die hinsichtlich ihrer relativen Häufigkeit bezogen auf die Anzahl aller genannten Kompetenzaspekte ($N=453$) von 1,5%-17,2% schwanken.

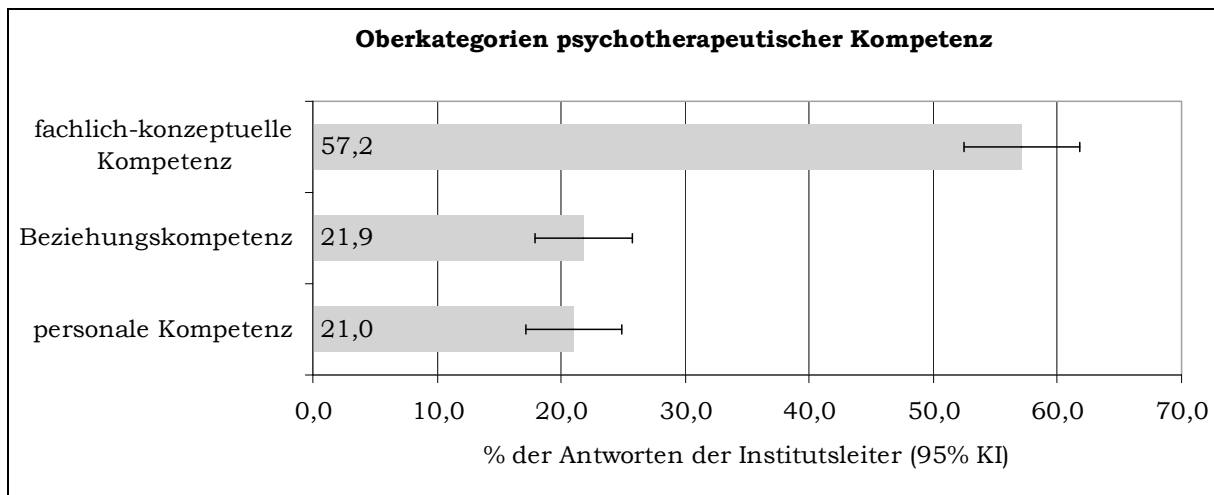


Abbildung E.4-1: Hauptkategorien der psychoth. Kompetenzen (N=453 Nennungen)

Die vier häufigsten Einzelkategorien sind:

- Fachwissen (17,2%). Unter diese Oberkategorie wurden Aussagen aus drei Einzelbereichen zusammengefasst:
 - allgemeines Fachwissen/theoretisch-fachliche Kompetenz: „Wissenskompetenz“, „fachliche Kenntnisse“, „fundierte theoretische Kenntnisse“ im Bereich der Psychologie und Psychotherapie(wissenschaft)
 - Störungswissen: Wissen über psychologische Krankheits-/Störungsbilder
 - Interventionswissen: Wissen um Inhalte und Ablauf von Interventionen, Wissen um Veränderungsprozesse, Kenntnis von Vertiefungsverfahren/ Psychotherapiemodellen
- kompetentes Anwenden von psychotherapeutischen Interventionen (15,2%). Unter diese Oberkategorie wurden Aussagen aus drei Einzelbereichen zusammengefasst:
 - sehr allgemein gehaltene Aussagen wie selbstständige und kompetente Anwendung von Techniken und Verfahren oder „praktische/methodische Kompetenz“
 - Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung sowie Deutungssicherheit
 - Umgang/Containment mit/von (negativen) Emotionen/Aggressionen/Störungen
- Gestaltung der therapeutischen Beziehung/soziale Kompetenz (15,0%). Hierzu wurden Aussagen gezählt, die die therapeutische Beziehung, den Aufbau/Erhalt eines therapeutischen Rahmens sowie die Kompetenz eine wirkungsvolle therapeutische Allianz herzustellen zum Inhalt hatten. Außerdem wurden allgemeine Aussagen wie „Beziehungsfähigkeit“, „Kommunikationsfähigkeit“ und „interaktionelle Kompetenzen“ dazugezählt.
- (Selbst-)Reflexionsfähigkeit (8,4%). Hierunter wurden Aussagen zusammengefasst, die sich mit der Reflexionsfähigkeit als allgemeines Persönlichkeitsmerkmal befassten, der Fähigkeit über sich selbst zu reflektieren bzw. Introspektionsfähigkeit.

Diese und alle anderen Kategorien sind ausführlicher im Anhang dargestellt.

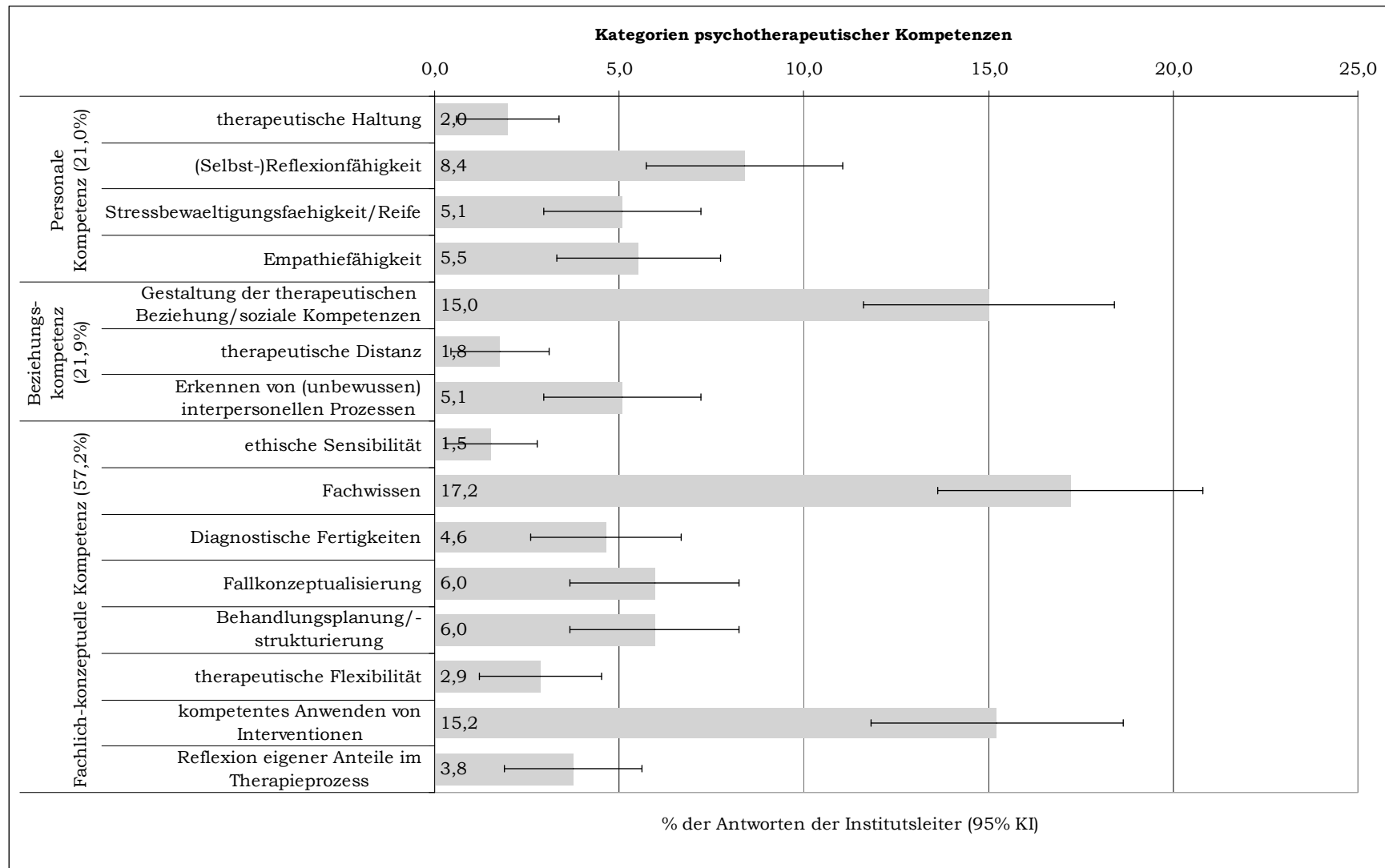


Abbildung E.4-2: Am Ende der Ausbildung zu erreichende wichtige psychotherapeutische Kompetenzen (von 453 Nennungen der Institutsleiter)

F. Diskussion

F.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Ziel dieser Arbeit war es, Problembereiche der psychotherapeutischen Ausbildungsbestandteile Supervision und Selbsterfahrung darzustellen und diese hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Ausbildungsteilnehmer zu beurteilen. Weiterhin sollten diese Problembereiche hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erkennen von und den Umgang mit mangelnder therapeutischer Eignung beurteilt werden. Ziel war es weiterhin, Verbesserungsvorschläge für verschiedene Qualitätsdimensionen der Selbsterfahrung und Supervision darzulegen, die zur Sicherung der Ergebnisqualität beitragen können. Ein Aspekt, der dabei auch mit betrachtet werden sollte, waren die Auswahlverfahren vor Beginn der Psychotherapieausbildung. Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter und die Institutsleiter zu ihren Erfahrungen und Meinungen befragt. Diese wurden je nach Befragungsform zum Teil quantitativ, überwiegend aber mit der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Für den Ausbildungsbestandteil Selbsterfahrung wurden die meisten Aussagen zu Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten dem Bereich der Strukturqualität zugeordnet, für die Supervision befassten sich die meisten Aussagen mit der Prozessqualität. Der mit Abstand größte Problembereich der Selbsterfahrung ist aus Sicht der Selbsterfahrungsleiter, dass der Stundenumfang zu gering ist. Ein Problembereich von nachgeordneter Häufigkeit waren zum Beispiel sich ungünstig auswirkende Rollenüberschneidungen der Selbsterfahrungsleiter mit anderen Funktionen am Ausbildungsinstitut. In der Supervision gab es keine so deutlich herausstehende Kategorie wie in der Selbsterfahrung, sondern eher mehrere kleinere ähnlich häufige Problembereiche. Hier wurde ebenfalls die zu geringe Stundenzahl genannt sowie zum Beispiel ein Mangel an (fallbezogener) Kontinuität in der Gruppen- und Einzelsupervision. Der Ist-Zustand bezüglich des Anteiles an bzw. dem Umgang mit ungeeigneten Ausbildungskandidaten stellte sich so dar, dass im Mittel 4-5% der Ausbildungsteilnehmer für ungeeignet gehalten wurden (KJP und PP). Die Kompetenz zur Feststellung mangelnder Eignung liegt nach Aussagen der Institutsleiter derzeit vorwiegend bei den Supervisoren. Die ersten Maßnahmen in einem solchen Fall sind Gespräche mit der Ausbildungsleitung. Die Auswahl der Ausbildungsteilnehmer sollte vor allem über persönliche Bewerberinterviews erfolgen, in Kombination mit einer Überprüfung der formalen Kriterien und der Inhalte der Vorerfahrungen. Da zurzeit in der Literatur noch keine konsensuellen Kriterien für eine mangelnde Eignung existieren, wurden die Institutsleiter hierzu befragt. Vor allem Mängel im Bereich personaler Kompetenzen, aber auch im Bereich der therapeutischen Beziehung werden als Kriterium angesehen. Besonders häufig wurden psychische Störungen genannt und mangelnde Interaktionskompetenz. Die Wichtigkeit dieser Fragen an die Institutsleiter wurde durch die

offenen Antworten der Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren bestätigt. Bei einer separaten Auswertung ihrer Antworten zum Themenkomplex ‚mangelnde Eignung‘ zeigte sich, dass vor allem ein Bedarf nach klareren Kriterien und Regelungen besteht sowie nach verfeinerten Auswahlprozeduren. Nach den wichtigsten psychotherapeutischen Kompetenzen gefragt, gaben die Institutsleiter am häufigsten fachlich-konzeptuelle an, wie zum Beispiel das kompetente Anwenden von Interventionen oder Fachwissen. Aber auch personale und Beziehungskompetenzen, wie das Aufbauen einer therapeutischen Beziehungs- oder Selbstreflexionsfähigkeit, wurden für wichtig befunden.

In der folgenden Diskussion werden die einzelnen Ergebnisse in Bezug zu aktuellen Forschungsergebnissen gestellt und hinsichtlich ihrer praktischen Implikationen diskutiert. Zuvor werden methodische Stärken und Schwächen des methodischen Vorgehens dargelegt.

F.2. Methodische Diskussion

F.2.1.1. Gütekriterien

Wie im Methodenteil (Kapitel D.3.1.1) beschrieben, werden für Inhaltsanalysen verschiedene Gütekriterien betrachtet, die Aussagen über die Zuverlässigkeit (Reliabilität) sowie die Gültigkeit (Validität) zulassen. Diese sollen im Folgenden betrachtet und diskutiert werden.

a. Validitätskriterien

○ Semantische Gültigkeit

Nach Mayring (2008) muss hier die Angemessenheit der Kategoriendefinitionen von Experten bestätigt werden. Dies wurde getan, indem die Rater Rückmeldungen zur Handhabbarkeit der verwendeten Kodierleitfäden gegeben haben. Diese waren bis auf vereinzelte Ausnahmen (z.B. beim Kategoriensystem mangelnder Eignung) positiv. Nach Krippendorff (1980, zitiert nach Mayring, 2008) können zum „Check“ dieses Aspektes Textstellen gesammelt werden, die einer (Einzel-)Kategorie zugeordnet wurden und diese auf ihre Ähnlichkeit verglichen werden. Dies wurde ebenso stichprobenartig getan, zum Teil führte dies zur nochmaligen Anpassung der Kategorien bzw. der Zuordnung. Insgesamt konnte jedoch zufrieden stellende Ähnlichkeit festgestellt werden, so dass dieses Validitätskriterium als gut bewertet werden kann.

○ Stichprobengültigkeit/Repräsentativität der Stichprobe

Zur Klärung der Repräsentativität der Stichproben der *Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter* können bislang keine anderen vergleichbaren Studien dieser Lehrkräfte herangezogen werden. Nach den Rückmeldungen der AINST arbeiten circa 49% psychodynamische Lehrkräfte, 42% verhaltenstherapeutische Lehrkräfte in der Ausbildung sowie 9% mit Ausbildung in beiden Verfahren (Strauß et al., 2009). Mit Blick auf die Stichprobenbeschreibung der Supervisoren und SEL ist damit der Anteil der psychodynamischen Lehrkräfte überrepräsentiert und der der verhaltenstherapeutischen Lehrkräfte unterrepräsentiert. Dies kann die Situation der Befragung mit sich bringen, in der nach Ausschreibung auch Fragen einer verfahrensübergreifenden Ausbildung und einer

Direktausbildung an Universitäten inbegriffen waren, die besonders innerhalb der psychoanalytischen Fachwelt mit großer Sorge und Kritik diskutiert werden (z.B. Walz-Pawlita, 2008). Daher bestand besonders unter den psychodynamisch ausgerichteten Lehrkräften ein besonderes Interesse, den eigenen Standpunkt zu vertreten, was in der Gesamtdiskussion berücksichtigt werden muss. Die Verteilung der Ausbildungsgänge entspricht jedoch weitestgehend der Verteilung auf die Institute und auch die Teilstichproben der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter, die auf die jeweiligen offenen Fragen geantwortet haben, gleichen deskriptiv den jeweiligen Gesamtstichproben, so dass abgesehen vom Übergewicht psychodynamischer Lehrkräfte von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden kann. Der Vergleich mit der Stichprobenbeschreibung der CRN-Studie (Ronnestad & Orlinsky, 2005) zeigt auch, dass Merkmale wie die Geschlechterverteilung ähnlich sind.

Die Stichprobe der *Institutsleiter* entstand aus einem hohen Rücklauf der Fragebögen. Im Vergleich mit der gut bekannten Gesamtstichprobe auf den Merkmalen Ausbildungsgang und Vertiefungsverfahren kann von einer repräsentativen Stichprobe gesprochen werden.

Als *weiterer positiver Aspekt* für die Repräsentativität dieser Stichproben muss die Größe der Stichproben hervorgehoben werden, die jeweils aus einer angestrebten Vollerhebung resultierten. Eine Befragung aller psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute und Lehrkräfte in Deutschland ist nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes bislang einmalig. Kritisch muss für die Aussagen zum Umgang mit mangelnder Eignung in SE und SV angemerkt werden, dass diese aus nur einer sehr kleinen Teilstichprobe der Supervisoren und SEL basieren. Hier sind validierende Befragungen notwendig.

- Korrelative Gültigkeit

Wie in der nachfolgenden inhaltlichen Diskussion an verschiedenen Stellen aufgeführt, entsprechen die gefundenen Kategorien (wie z.B. die Forderung der Erhöhung der Stundenzahl in der SE) auch quantitativ gefundenen Ergebnissen sowohl der gleichen Stichprobe der Lehrkräfte, als auch in den Stichproben der Ausbildungsteilnehmer (Sonntag et al., 2009) oder anderer Studien (z.B. Bayer, 2007). Dies trifft sowohl auf die SV, die SE als auch auf die Inhalte des Kompetenz- und Nichteignungskategoriensystems zu, womit von einer korrelativen Validität der Kategoriensysteme gesprochen werden kann.

- Vorhersagegültigkeit

Da aus dem ausgewerteten Material keine Prognosen im Sinne einer Vorhersagung der Supervisionsqualität etc. abzuleiten sind, ist dieses Kriterium nicht anwendbar.

- Konstruktgültigkeit

Die gemessenen Konstrukte sind in der vorliegenden Arbeit die Problembereiche und Verbesserungsmöglichkeiten in der SV und SE sowie die Konstrukte ‚Psychotherapeutische Kompetenzen‘ und ‚Kriterien mangelnder Eignung‘. Dieses Validitätskriterium ist erfüllt, wenn der Bedeutungsumfang des Konstruktes vollständig, präzise und nachvollziehbar abgebildet ist. Für die Kategoriensysteme der SV und SE konnten für die drei etablierten Qualitätsbereiche jeweils Aussagen zugeordnet werden. Lediglich für den Bereich der

Ergebnisqualität waren hier jeweils wenig Aussagen vorhanden, was als Tendenz zu einer nicht vollständigen Erfassung der Qualitätsaspekte im Bereich der beiden Ausbildungsbestandteile interpretiert werden kann. Für die Kategoriensysteme Nichteignung und Kompetenz ist die Beurteilung der Konstruktgültigkeit schwieriger, da noch keine allgemeingültige Definition von psychotherapeutischer Kompetenz (und demnach auch der Abwesenheit von Kompetenz) existiert. Die Übereinstimmungen mit existierenden Definitionen und die fast vollständige Abbildung dieser (z.B. der BPTK, 2008) spricht jedoch tendenziell für die Konstruktgültigkeit auch dieser Kategoriensysteme.

b. Reliabilitätskriterien

○ Stabilität

Für dieses Kriterium müsste der gleiche Rater das Kategoriensystem zeitlich versetzt nochmalig auf das Material anwenden (Intrarater-Reliabilität). Dies war aufgrund der großen Datenmenge nicht möglich und ist ein Manko der Reliabilitätsbeurteilung. Es wurde aber im Prozess der erneuten Zuordnung der Einzelkategorien zu den Oberkategorien in den Kategoriensystemen für die SE und SV stichprobenartig die Zuordnung der Aussagen zu den Einzelkategorien überprüft. Hierbei konnte eine hohe Plausibilität der Zuordnung gefunden werden. Auch im Prozess der Bildung von Oberkategorien in den Kategoriensystemen der Kompetenz und der Nichteignung wurde immer wieder auf die Ebene der Aussagen geblickt und die Plausibilität der Einzelkategorie für die Aussage überprüft und für ausreichend gut befunden.

○ Reproduzierbarkeit

Die mittels der beiden in Kapitel D.3.1.1 beschriebenen Koeffizienten überprüfte Reliabilität der Kategoriensysteme kann als überwiegend gut bis sehr gut eingeschätzt werden. Nach Krippendorff (2004) sollte ein erstelltes Kategoriensystem erst ab einem Alpha-Wert von unter 0,677 abgelehnt werden. Dieser Wert wurde in keinem der Kategoriensysteme unterschritten. Allerdings wurde der von Krippendorff geforderte Wert von 0,800 als Grenze für sehr gute Übereinstimmung auch nur bei zwei der sechs Systeme erreicht. Hier ist also noch weitere Verfeinerung der Kategorien, eventuell ein erneutes Vorlegen der Kategorien im Sinne eines Delphiverfahrens (siehe Strauß et al., 2009) bei den befragten Lehrkräften und Institutsleitern zu erwägen. Nach der Reliabilitätsüberprüfung nach Cohen (1960) kann von überwiegend guten bis zum Teil sogar sehr guten Übereinstimmungen gesprochen werden. Auch hier sind vereinzelt jedoch sicherlich Verbesserungen noch möglich, die ebenso über eine erneute Vorlage der Kategorien bei den Experten erfolgen könnte. Die beiden Kategoriensysteme mit den niedrigsten Krippendorff-Alpha-Werten sind auch nach Cohens Kappa die am wenigsten reliablen (Verbesserungsvorschläge bei Supervision und Selbsterfahrung). Auch insgesamt liegen die Schätzungen der beiden Koeffizienten nicht weit auseinander. Obwohl es nicht Ziel der Arbeit war, eine umfassende methodische Diskussion über verschiedene Reliabilitätskoeffizienten zu führen, kann dennoch gesagt werden, dass diese Ergebnisse für eine interpretative Übereinstimmung der beiden Koeffizienten sprechen.

○ Exaktheit

Nach Mayring (2008) ist dieses Kriterium das am schwersten überprüfbare. Nach Krippendorff können vier Quellen der nicht exakten Reliabilität unterschieden und überprüft werden: 1. *Auswertungseinheiten*: unstimmige Auswertungseinheiten unterschieden sich zum Teil systematisch vom restlichen Material dadurch, dass die Antworten zum Teil sehr allgemein gehalten waren oder nur sehr kurze Aussagen („Bezahlung“) gemacht wurden, die nur mit gewissem Interpretationsraum zugeordnet werden konnten (zitiert nach Thiel, 2010). 2. *Auswerter*: Nicht-Reliabilität hier wird durch Interraterreliabilität überprüft. Zum Teil wurden Schwierigkeiten mit der Verständlichkeit bzw. Unterscheidung einzelner Kategorien zurückgemeldet, was für eine noch ausführlichere mündliche und schriftliche Erläuterung der Kategoriensysteme spricht. 3. *Einzelne Kategorien*: Systematische Unstimmigkeiten bei einzelnen Kategorien kamen nicht vor. 4. *Kategoriendifferenzierung*: Die Kategoriensysteme SE und SV wurden relativ differenziert belassen (z.T. 25 Einzelkategorien), was eine Quelle der Nicht-Reliabilität sein kann. Insgesamt gibt es mehrere Quellen der Nicht-Reliabilität in den erstellten Kategoriensystemen, die sich auf die Exaktheit ausgewirkt haben können und zu den nicht durchweg sehr guten, sondern nur guten Reliabilitätswerten geführt haben.

F.2.1.2. Kritikpunkte der Untersuchung

a. Kritik der Durchführung der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse

Für die endgültige Version der Kategoriensysteme für die SV und SE wurde ein zweistufiges bzw. kombiniertes Vorgehen von induktiver und deduktiver Methodik angewandt. Dies beschreibt auch Mayring für die Kategorienbildung (Mayring, 2008). Allerdings kann kritisiert werden, dass hier der Interpretationsspielraum des Vorgehens größer ist, da keine klaren Ablaufschemata bestehen wie bei den jeweils einzelnen Methoden. Bis zur Ebene der Einzelkategorien wurde das induktive Vorgehen angewandt, ab dann auf Basis der Artikel zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus dem Buch von Laireiter und Willutzki (2005a) das deduktive. Zum Zeitpunkt der Ergebnisauswertung durch eine Diplomandin (Thiel, 2010) war ein induktives Vorgehen gemäß der intendiert explorativen Natur der Fragen im Forschungsgutachten vorgesehen. Erst im Rahmen der Fragestellungen des Dissertationsvorhabens wurde der Fokus auf die deduktiv strukturierende Vorgehensweise verlagert. Da die Einzelkategorien eine ausreichend gute Interraterreliabilität besaßen, konnte auf eine erneute Kategorisierung auf der Ebene der Rohantworten verzichtet werden. Ein von vorn herein deduktives Vorgehen wäre jedoch stringenter gewesen und ist für weitere Untersuchungen mit dem Fokus auf den genannten Qualitätsebenen zu empfehlen.

b. Kontext der Befragung

Ein weiterer Kritikpunkt ist der, dass die Befragungen im Rahmen des Forschungsgutachtens stattfanden, welchen durch den Auftraggeber und die durch das BMG vorgegebenen Fragen vorrangig einen berufspolitischen Fokus hatten. Das ‚mind-set‘ der Befragten könnte dadurch auch primär auf den drängenden berufspolitischen Fragen

(Finanzierung, Struktur der Ausbildung, Zulassungsbedingungen) gelegen haben, weniger auf Themen der aktuellen Ausbildungsforschung. Der hohe Anteil an strukturellen Antworten bei den Fragen zur Supervision und Selbsterfahrung könnte demnach auch im Kontext der Befragung seine Ursachen haben und nicht primär in inhaltlichen Überlegungen. Dies muss bei der inhaltlichen Diskussion der Antworten zur Selbsterfahrung und Supervision, aber auch zur Kompetenz und Nicht-Eignung beachtet werden. Denn in dem berufspolitischen Kontext der Befragung fielen die Fragen zur psychotherapeutischen Kompetenz eher ‚aus dem Rahmen‘ der sonstigen Fragen (Kosten, Stundenumfänge, Organisation der Ausbildungskomponenten, etc.). Vor allem bei den offenen Fragen an die Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter wurde nur allgemein nach Problemen und Verbesserungsvorschlägen gefragt und nicht direkt nach Kompetenzbereichen und Qualitätsaspekten. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse ein und muss bei der abschließenden Diskussion berücksichtigt werden. Dennoch zeigen die Antworten eine weit reichende Differenzierung und können eine gute Grundlage für weitere explizite Fragen zur Qualitätssicherung in SV und SE sein.

c. Datengrundlage

Die für diese Untersuchung erhobenen und ausgewerteten Daten sind ausschließlich subjektive Angaben der Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren. Diese können aus verschiedenen Gründen verzerrt sein. Darunter zählen der unter Kapitel F.2.1.2.b angeführte berufspolitische Kontext der Befragung, sowie die evtl. durch die eigene Involviertheit in ein bestimmtes AINST, ein Vertiefungsverfahren oder eine Lehrtätigkeit begrenzte Sichtweise. Eine heterogene Kenntnis von Psychotherapieforschungsergebnissen könnte die Aussagekraft der Angaben zur Wichtigkeit von psychotherapeutischen Kompetenzen oder zur mangelnden Eignung einschränken. Deswegen sind experimentelle Studien notwendig, die die subjektiven Aussagen verifizieren.

F.3. Diskussion der Ergebnisse

Für die Ergebnisse der Befragung der Supervisoren und SEL werden im Folgenden die Kategorien, die in beiden Kategoriensystemen (Probleme und Verbesserungsvorschläge) häufig (> 5% der Antworten) genannt wurden, im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Kompetenzentwicklung und –sicherung (d.h. Vermeidung von Kompetenzmängeln bei den ATN) diskutiert. Aspekte, die nur in einem der beiden Kategoriensysteme häufiger als 5% genannt worden, werden nur ausgewählt und kurz diskutiert.

Außerdem werden die Probleme und Verbesserungsvorschläge zusammen diskutiert, da in den Verbesserungsvorschlägen häufig die Problembereiche aufgegriffen wurden und eine getrennte Diskussion größtenteils redundant wäre. Analog zur im theoretischen Teil beschriebenen Einteilung der Qualitätsaspekte in die drei Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis wurden die Probleme und Verbesserungsvorschläge diesen zugeordnet und werden im Folgenden auch so aufgeteilt diskutiert.

F.3.1. Supervision

Nur die Hälfte der befragten Supervisoren (52%) hat in den offenen Antworten Probleme bzw. Verbesserungsvorschläge angegeben. Neben strukturellen Gründen wie mangelnde Zeit etc. kann dies auch so interpretiert werden, dass es keine so vordringlichen Probleme in der SV gibt, sonst hätten mehr Supervisoren sich geäußert. Weiterhin liegen die Prozentwerte für die erstellten Kategorien meist im Bereich um die zehn Prozent oder niedriger. Daraus kann wiederum abgeleitet werden, dass im Eigentlichen keine gravierenden, hervorstechenden Probleme in der Supervision bestehen, sondern dass im großen und ganzen Zufriedenheit besteht. Dies geht auch einher mit den anderen Daten (Bike et al., 2009, Frank, 2000; Kohl et al., 2009; Strauß et al., 2009), die hohe Zufriedenheitswerte berichten. Dennoch sollen im Folgenden die einzelnen genannten Problembereiche für eine weitere Verbesserung dieses Ausbildungsbestandteiles diskutiert werden.

F.3.1.1. Strukturqualität

Strukturelle Aspekte, die bei Problemen und Verbesserungsvorschlägen häufig genannt wurden, waren lediglich die des Stundenumfanges (a). Entweder bei Problemen oder bei Verbesserungsvorschlägen häufig (>5%) benannt wurden die Aspekte der (b) Voraussetzungen bei den ATN, (c) des hohen finanziellen und zeitlichen Aufwandes und (d) des Ablaufes der Supervision (SV).

a. Kategorie: zeitlicher Umfang

In den offenen Antworten wird der zu geringe *zeitliche Umfang* der Supervision bemängelt und von einem zehntel der Supervisoren eine Erhöhung des Umfanges gefordert – einerseits allgemein während der praktischen Ausbildung, andererseits während der Praktischen Tätigkeit.

In quantitativen Befragungen zur Einschätzung des Umfanges der SV wird ebenfalls überwiegend eine Erhöhung der SV-Stunden in der *praktischen Ausbildung* gefordert (Kohl et al., 2009; Nodop et al., 2010). Die als optimal angesehene Stundenzahl variiert jedoch je nach Vertiefungsverfahren (78-149 h Einzelsupervision und 62-75h Gruppensupervision; Kohl et al., 2009). Willutzki (2005) plädiert für eine konkrete inhaltliche Zielvereinbarung für die SV. Diese könnten statt oder neben Stundenumfängen den Umfang der SV bestimmen. Hinter den Forderungen der Supervisoren nach mehr SV kann sich entweder die allgemeine Zufriedenheit mit der SV widerspiegeln (Kohl et al., 2009; Glaesmer et al., 2009) („mehr von dem Guten“). Es kann sich aber auch widerspiegeln, dass ein wirklicher Bedarf nach mehr supervisorischer Begleitung bei der Patientenbehandlung seitens der ATN besteht. Hier ist für evtl. Änderungen noch eine differenziertere Befragung notwendig. Als Grundlage für Erhöhungen der Stundenumfänge müssten außerdem zunächst mehr Studien die empirische Wirksamkeit der SV auf die psychotherapeutische Kompetenz Supervisanden und auf die Effektivität der Patientenbehandlung nachweisen, da die Studienlage dafür bislang noch dürftig ist.

Auf der anderen Seite darf nicht vergessen werden, dass gerade die Supervisionsstunden einen nicht unerheblichen Teil der Kosten der Ausbildung ausmachen. Somit ist der Wunsch nach Erhöhung der Einzel- bzw. Gruppensupervision immer auch mit Kostenfaktoren verbunden.

Eine Erhöhung des Supervisionsstundenumfanges wird in den offenen Antworten auch für die *Praktische Tätigkeit* diskutiert. Da die ATN während dieser Zeit meist noch keine oder wenig klinische Erfahrung haben und nur weniger als ein Drittel fachlich angeleitet wird (Sonntag et al., 2009), ist hier eine Verankerung supervisorischer Begleitung dringend geboten. In der Diplomarbeit von Bayer (2007) wurde die SV in der Praktischen Tätigkeit von über zwei Drittel der Befragten als nur mittelmäßig bis gar nicht zufrieden stellend betrachtet. Damit einhergehend schlägt auch Ruggaber (2005) eine Einführung von SV während des Psychiatriejahres vor, um Über- und Unterforderungen abzufangen.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und -sicherung

Für eine Erhöhung des Umfanges spricht eine Untersuchung von Knight (2001), die einen Zusammenhang der wöchentlich in der Supervision verbrachten Zeit und der Zufriedenheit der Supervisanden, der subjektiv eingeschätzten Lernmenge und der Güte der Vorbereitung auf die Praxis zeigte. Diese Variablen stehen in Zusammenhang mit dem Kompetenzerwerb und können sich wiederum auf die Performanz in der Patientenbehandlung auswirken. Insgesamt könnte ein zu geringer Umfang von Supervision (individuell oder allgemein) dazu führen, dass die kompetenzfördernden Potentiale der Supervision nicht zum Tragen kommen, wie zum Beispiel das Steigern der Selbstwirksamkeit (Ladany et al., 1999; Cashwell & Dooley, 2001; Whittaker, 2007) und die Qualität der Patiententherapien sowie der Kompetenzentwicklung der Supervisanden nicht ausreichend überprüft werden kann. Wie auch von Ruggaber (2005) gefordert, ist die Durchführung von Supervision in der Praktischen Tätigkeit für das Abfangen von Überforderungen wichtig und somit auch für das Entwickeln von psychohygienischen Kompetenzen und Bewältigungsmechanismen.

Sowohl für die Phase der Praktischen Tätigkeit als auch für die Phase der praktischen Ausbildung ist eine Umfangserhöhung für ein Mehr an Kompetenzerwerb zu fordern – individuell an den Bedarf und an Kompetenzziele angepasst, wie ausführlicher unter F.3.1.1.b diskutiert wird.

b. Kategorie: Frequenz und Ablauf der Supervision

Eng mit dem Stundenumfang hängen Aussagen zur *Frequenz und zum Ablauf der SV* zusammen. Hier wurde eine Erhöhung bzw. eine Bedarfsorientierung der Frequenz gefordert sowie Vorschläge zu einer flexiblen Bedarfsorientierung der SV gemacht.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und -sicherung

Auch hier sprechen vor allem Kosten- und Zeitgründe gegen zu hohe Frequenzen und die Überlegungen müssen vor allem in Richtung einer bedarfsorientierten Frequenz gehen. Diesbezüglich sprechen sich auch Willutzki (2005) und Rief (2009)

für eine flexible Lösung für die Supervisionsstunden aus. Dies könnte im Sinne einer kompetenzbasierten Ausbildung in Form einer individuellen Zielvereinbarung für zu erlernende Kompetenzen geschehen bzw. in Form von Mindestvorgaben, die je nach Verfahren, Kompetenzniveau des ATN und Schwierigkeit des Patienten flexibel hinsichtlich des Umfangs und des Settings angewendet werden können. Die flexible Anpassung der Stunden an den ATN kann bzw. muss auch im Einklang mit den gängigen Entwicklungsmodellen stehen (Willutzki, 2005). In einer Phase, in der der Supervisand noch stark abhängig ist vom Supervisor (siehe Modell von Stoltenberg, McNeill & Delworth, 1998, zitiert nach Willutzki, 2005), ist eine engmaschigere, hochfrequente Supervision mit der entsprechenden emotionalen Unterstützung angebracht. In späteren Phasen mit zunehmender Autonomie ist der Bedarf an Supervisionsstunden entsprechend niedriger. Die Antworten der Supervisoren stehen demnach im Einklang mit aktueller Forschung und Überlegungen zur Kompetenzbasierung und sollten in die Ausbildung implementiert werden.

c. *Kategorie: Grundkenntnisse der Ausbildungsteilnehmer*

Als einen weiteren Kritikpunkt stellten die Lehrkräfte die unterschiedlichen wie auch ungenügenden *Grundkenntnisse der Ausbildungsteilnehmer* dar. Vor allem werden die mangelnden praktischen Erfahrungen und die geringe Lebenserfahrung bemängelt. Weiterhin betonten die Supervisoren, dass den Ausbildungsteilnehmern zum KJP spezifische Vorbildungen fehlen (siehe auch in Thiel, 2010). Zu dieser Thematik wurden bereits konkrete Vorschläge gemacht, wie z.B. der Nachweis von bestimmten psychotherapielevanten Inhalten über ein Propädeutikum (Strauß et al. 2009).

o Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Gerade im Zuge der zunehmenden Zulassung von (psychologischen und nicht-psychologischen) Bachelorstudenten für die Psychotherapieausbildung verschärft sich die Heterogenität und Komplexität, ganz besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Ruggaber, 2005). Im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung können unzureichende Grundkenntnisse bedeuten, dass die (fachlich-konzeptuellen) Kompetenzen langsamer erlernt werden, da die entsprechenden Verknüpfungspunkte noch fehlen. Nach Kahl-Popp (2007) ist für das Erlernen von komplexen Handlungsabläufen das Anwenden und Rückgreifen auf theoretisches Wissen notwendig. Daher können sich unzureichende theoretische Kenntnisse auch negativ auf das Erlernen von z.B. Beziehungskompetenzen auswirken. Ein für alle ATN ausreichend hoher basaler Wissensstand ist somit im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung zu fordern (siehe Strauß et al., 2009, S. 359). Darüber hinaus müssten die Supervisoren das Aufholen von Stoff (z.B. in Kleingruppen, durch Selbststudium) von den Supervisanden gezielt fordern bzw. als Ziel vereinbaren.

d. Kategorie: zeitliche und finanzielle Belastung

Die Supervisoren kritisieren die hohe *zeitliche Belastung* für die ATN durch die Zeit beim Supervisor sowie die hohe *finanzielle Belastung* für die Ausbildungsteilnehmer, der durch eine . Damit wurde die Notwendigkeit einer attraktiveren Finanzierung geäußert.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Die hohe *zeitliche Belastung* bedeutet für die ATN, dass weniger Zeit für Partner/Familie und für Freizeitaktivitäten zur Verfügung steht. Im Hinblick auf die Wichtigkeit der Psychohygiene bei Psychotherapeuten ist dies jedoch eine nicht zu vernachlässigende Ressource (Ditterich & Winzer, 2003). Bezüglich der *finanziellen Belastung* für die Ausbildungsteilnehmer ist klar zu sehen, dass die SV als kostenintensivster Ausbildungsbaustein einen beachtlichen Teil zu den viel diskutierten hohen Ausbildungskosten beiträgt (Fydrich, 2004; Groeger, 2003; Hölzel, 2006; Mösko & Sude, 2009; Ruggaber, 2008; Ruggaber & Fliegel, 2006; Strauß et al., 2009; Willutzki, 2005). Zu hohen Supervisionskosten kommt die unhaltbare finanzielle Situation während der Praktischen Tätigkeit (Strauß et al., 2009), da das dortige Einkommen im Durchschnitt unter dem sächlichen Existenzminimums in Deutschland liegt (Deutscher Bundestag, 2011; Hölzel, 2007). Beide Belastungsaspekte beinhalten das Potential, sich negativ auf die Motivation für die SV auswirken zu können, was wiederum die Beziehungsfähigkeit zum Patienten, die Lernfähigkeit und den Erwerb von Kompetenzen im Allgemeinen nachteilig beeinflussen kann (vgl. Kahl-Popp, 2007). Außerdem könnten diese Belastungsaspekte auch einen Selektionsprozess beim Zugang zur Ausbildung bewirken. Eine Verbesserung der finanziellen Situation in der Psychotherapieausbildung kann demnach entscheidend zur Sicherung der Ausbildungsqualität beitragen. Vorschläge hierzu wurden vielfach gemacht (z.B. Strauß et al., 2009)

F.3.1.2. Prozessqualität

Aspekte zur Prozessqualität, die in den offenen Antworten häufig genannt wurden, waren (a) die Kontinuität der SV, (b) der kollegiale Austausch, (c) Supervisionsinhalte und (d) Qualitätskriterien für die Durchführung der SV. Nur in einem Kategoriensystem häufig genannt wurden zum Beispiel (e) die Integration in die Gesamtausbildung sowie (f) die Qualifizierung der Supervisoren.

a. Kategorie: fehlende fallbezogene Kontinuität

Die *fehlende (fallbezogene) Kontinuität* wurde von den Supervisoren als ebenso problematisch und verbesserungswürdig behandelt. Infolgedessen wurde eine konstante Zuordnung von Supervisor und Ausbildungsteilnehmer pro Behandlungsfall gewünscht.

Die Situation verschiedener Supervisoren pro Fall führt dazu, dass Fälle immer wieder aufs Neue erläutert werden müssen und bei schwierigen Patienten eine ‚Kontrolle‘ der noch

vertretbaren Tragbarkeit der Behandlung durch den Ausbildungskandidaten rechtlich und ethisch problematisch ist (Seiters, 2007, 2009).

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und -sicherung:

Da die Identifikation mit dem Supervisor (Supervisor als Modell) besonders in den frühen Phasen der SV wichtig für die Kompetenzentwicklung ist (z.B. Bauriedl, 2001, zitiert nach Nagell, Steinmetzer, Fixabre & Handrich, 2009; Domma & Frank, 2006, zitiert nach Domma, 2007; Ronnestad und Skovholt, 1997), könnte ein häufiger Wechsel der Supervisoren hinderlich für die Kompetenzentwicklung sein.

Außerdem kann die fehlende Kontinuität eines Supervisors an einem Fall dazu führen, dass die notwendige Reflexion über Beziehungsmuster zwischen ATN und Patient nicht ausreichend stattfindet. Dazu trägt bei, dass die Zeit erst einmal dafür verwendet werden muss den Supervisoren den Fall zu erläutern, statt über Entwicklungen von Beziehungsdynamiken/interpersonellen Prozessen zu reflektieren. Außerdem können die Ausbildungsteilnehmer verwirrt werden durch heterogene bzw. divergente Empfehlungen zu einem Patienten oder auch durch heterogene Supervisorenstile bei der Betrachtung ein und desselben Patientenfalles (Dougher, Callaghan und Follette, 1998, zitiert nach Thiel, 2010).

Auf Seiten der Kompetenzsicherung kann die Überprüfung der Eignung gemindert sein, da ungünstige Dynamiken schlechter erkannt werden können und eine positive oder negative Entwicklungen nicht kontinuierlich verfolgt werden können. Die Rückmeldung über solche Entwicklungen können dem ATN als wichtiges selbstreflexives Feedback nicht zurückgemeldet werden.

Von positiver Seite betrachtet kann das ‚Draufschaun‘ von mehreren Supervisoren auf einen Fall auch erfrischend wirken, neue Blickrichtungen bringen. Einige Supervisoren empfehlen auch als Verbesserungsvorschlag inhaltliche Erweiterungen, wie verschiedene Verfahren etc. vor, was in diese Richtung weisen könnte. Da die Nennungen der fehlenden Kontinuität als Problemaspekt jedoch im Vergleich überwiegen, ist vorwiegend eine fallbezogene Kontinuität anzustreben.

b. Kategorie: kollegialer Austausch

Hier forderten die Supervisoren einen besseren Austausch der Supervisoren untereinander, mit Kollegen aus der theoretischen Ausbildung und mit der Ausbildungsleitung. Beispielhaft wurde immer wieder die Forderung nach Durchführung regelmäßiger Supervisorenkonferenzen genannt.

Geregelte Treffen innerhalb des Supervisorenteam werden auch von Kuhr (2005) vorgeschlagen mit dem Ziel, individuelle Arbeitsweisen abstimmen zu können. Die aus den unterschiedlichen Arbeitsweisen resultierende Uneinheitlichkeit der SV wird häufig als Problempunkt durch die befragten Supervisoren angegeben (Thiel, 2010). Weiterhin fordern schon Reimer et al. (1998) die regelmäßige Teilnahme an Supervisorentreffen zur kritischen Reflexion der eigenen Arbeit, zur Besprechung von formalen und inhaltlichen Kriterien für die Falldokumentationen und zur eigenen SV.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Ohne kollegialen Austausch besteht die Gefahr zu heterogener Supervisorenstile. Diese können, wie schon erwähnt, zu Verwirrung bei den ATN führen und die Entwicklung einer therapeutischen Haltung erschweren. Die gravierendsten negativen Auswirkungen könnte ein fehlender Austausch der Supervisoren vor allem für die Kompetenzsicherung bei den ATN haben. Fehlt ein regelmäßiges Besprechen über beobachtete Fortschritte bei den ATN und allgemeine Kompetenzeinschätzungen, könnten Kompetenzmängel, die bislang nur bei einigen Lehrkräften (z.B. bei praktischen Übungen in Seminaren) deutlich geworden sind, übersehen werden und notwendige Fördermaßnahmen (siehe Kapitel F.3.4.2) gar nicht oder zu spät angesetzt werden.

c. *Kategorie: Supervisionsinhalte*

Für die *Supervisionsinhalte* wurde am häufigsten kritisiert, dass zu wenig Zeit für die eigentlichen Supervisionsinhalte (Reflexion, Beziehungsgestaltung) bleibt durch einen zu hohen Formalitätenaufwand. Außerdem wurde der fehlende Theorie-Praxis-Bezug kritisiert. Als Verbesserungsmöglichkeit wurde ein gesonderter Bearbeitungszeitraum vorgeschlagen, um in den eigentlichen Supervisionssitzungen mehr Zeit für Inhalte zu haben.

Die geringe Zeit für wesentliche Inhalte ist im Hinblick auf viele Studien, die die Wichtigkeit einer guten Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand bzw. der Selbstreflexion und –aufmerksamkeit betonen (z.B. Bennett-Levy & Beedie, 2007; Buehner, 1998, Orchowski, Evangelista & Probst, 2010) besonders als potentiell qualitäts- und effektivitätsmindernder Faktor zu betrachten (Nodop et al., 2010). Obwohl das *Erledigen von Formalitäten* (z.B. EAP, 2011) auch zu den Aufgaben eines Psychotherapeuten gehört, ist ein stärkerer inhaltlicher Fokus in den (eigentlichen) Supervisionsstunden im Hinblick auf deren Wichtigkeit für die Kompetenzentwicklung und die hohen Kosten anzustreben.

Der bemängelte fehlende *Theorie-Praxis-Bezug* kann auf eine mangelhafte Integration der SV in die Gesamtausbildung zurückzuführen sein, hier vor allem bezogen auf die Integration von Theorieausbildung und SV. Wie schon in Kapitel F.3.1.1 diskutiert, ist zur Verbesserung hier vor allem ein regelmäßiger Austausch über den Stand des theoretischen Unterrichtes und des Wissensstandes des ATN notwendig, woran der Supervisor dann anknüpfen kann. Der Theorie-Praxis-Bezug drückt sich weiterhin in der Fähigkeit zur Konzeptualisierung eines Patientenfalles aus. Nach Kuyken, Padesky & Dudley (2009, zitiert nach Newman, 2010) ist das Lehren dieser Kompetenz eine wichtige Aufgabe des Supervisors. Nach einem Modell von Goodyear (2011, zitiert nach Hill & Knox, in press) hat dieser so konkretisierte Theorie-Praxis-Bezug auch Einfluss auf das Therapieergebnis mit dem Patienten. Der Fokus in der SV sollte jedoch auf der Praxis liegen, da einerseits die Supervisoren auch den mangelnden Praxistransfer kritisierten und andererseits eine Studie von Ogren, Johnsson und Sundin (2005) zeigte, dass ein zu starker Fokus auf theoretische Inhalte in der SV sich negativ auf den Kompetenzerwerb auswirkte.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Durch den Verbrauch der eigentlichen Supervisionszeit mit Formalitäten und theoretischen „Nachholbedarf“ kann es an Zeit in der Supervision fehlen für den Aufbau einer vertrauensvollen, wirksamen Supervisionsbeziehung, da diese eher über therapeutische Inhalte begünstigt wird (Knight, 1996; Worthen & Lambert, 2007). Weiterhin bleibt so weniger Zeit zur eigentlichen Kompetenzentwicklung und zur Reflexion der Fälle. Die psychotherapeutische Kompetenzentwicklung ist dadurch eigentlich für alle Bereiche gemindert, besonders aber für das Erlernen des Aufbaues einer therapeutischen Beziehung mit dem Patienten. Die Überprüfung der Eignung ist gemindert durch wiederum zu wenig Zeit für den Austausch über eventuell ungünstige Verläufe und Dynamiken.

d. Kategorie: Kriterien für die Durchführung der Supervision

Mit der Problematik der Qualifizierung der Supervisoren einhergehend werden in den Ergebnissen auch *Kriterien für die Durchführung der SV* als Verbesserungsmöglichkeit genannt. In einer Umfrage von Nagell et al. (2009) wurde auch die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien als ein Wunsch an ein mögliches Curriculum genannt.

Auch hier gibt es bereits Ansätze in der Literatur, die nach einer konkreteren und systematischen Umsetzung verlangen. In Österreich gibt es vom Bundesministerium für Gesundheit bereits eine konkrete Richtlinie zur Durchführung von Ausbildungssupervision (BMG, 2009), dies fehlt auf dieser Ebene in Deutschland bisher. Die von Willutzki (2005) nach Schmelzer (1997, zitiert nach Willutzki, 2005) aufgeführten Strukturelemente der SV eignen sich als Ansatzpunkte für Durchführungskriterien. Nach diesem Ansatz sollten im Einzelnen bewertet werden:

- die Klärung von Rahmenbedingungen (Bezahlung, Setting etc.),
- die Güte der aufgebauten Arbeitsbeziehung (z.B. Fehlerfreundlichkeit, Akzeptanz, Respekt etc., Gabe von Struktur und Modellfunktion des Supervisors), Eigenschaften der Supervisoren (z.B. Newman, 2010 oder Falender & Shafranske, 2007)
- die Herstellung von Supervisionsmotivation und einer Zielvereinbarung (Erwartungen, Wünsche, bewältigbare Aufgaben)
- die Durchführung des Kernprozesses – hier wiederum können drei thematische Schwerpunkte unterschieden werden:
 - sachbezogene Schiene (ausgerichtet auf den therapeutischen Prozess – Vermittlung therapeutischer Kompetenzen mit verschiedenen Methoden [anhand Therapiemanuale oder eher flexibel, Live-SV, mit Fallberichten oder mit Video-/Audioaufzeichnungen])
 - personenbezogene Schiene (auf fachlichen und persönlichen Merkmale der Supervisanden ausgerichtet – mit Blick auf die Überprüfung von erforderlichen therapeutischen Kompetenzen [siehe Kapitel B.6.1], in Abhängigkeit der Überprüfung Einleitung von Konsequenzen im Sinne von Fertigungsaufbau oder Eignungsgesprächen)

- kontextbezogene Schiene (ausgerichtet auf institutionellen Bedingungen und Interaktionsmuster der Systeme von Patient und Supervisand).

- o Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

In Qualitätskriterien für die Durchführung von SV können sowohl Kriterien für die Arbeit der Supervisoren und deren Eigenschaften einfließen, als auch zu entwickelnde/fördernde bzw. zu erreichende Kompetenzen und damit Bewertungskriterien für die Supervisanden. Für die Anwendung solcher Kriterien zur Durchführung von psychotherapeutischer SV sollte diese im Rahmen zukünftiger Forschungsarbeiten auf der Basis von Evidenz aus der Psychotherapieausbildungsforschung weiter ausgebaut werden. Insgesamt würde die Durchführung von SV in Anlehnung an solche Kriterien ein wesentlicher Schritt hin zu einer kompetenzbasierten Ausbildung sein, wie sie von mehreren Autoren (Castonguay, 2000; Falender & Shafranske, 2010; Kahl-Popp, 2007, 2009; Lehdorfer, 2008; Louie et al., 2004; Sasse, 2008; Vogel & Alpers, 2009) angeregt wird. Vor allem der Aspekt der Durchführung des Kernprozesses muss dafür noch weiter ausdifferenziert werden und noch konkreter mit dem aktuellen Stand der Kompetenzdiskussion verknüpft werden, d.h. die zu erreichenden Kompetenzen praxisnah und ausführlich formuliert werden, wie z.B. Clara Hill es mit ihrem ‚helping skills training‘ macht (Hill, Stahl et al., 2007).

Wie eine Studie von Sundin, Ogren und Boethius (2008) zeigte, war es vor allem ein entschiedener, d.h. direkter, aktiver und strukturierender Supervisorenstil, der bei einer Gruppensupervision zur Kompetenzentwicklung beitrug. Auch im Bereich der Einzelsupervision scheint es nach Nigam et al. (1997) problematisch zu sein, wenn bestimmte Supervisoren hinsichtlich der Durchführung der Supervision wenig Struktur zeigen, zum Beispiel wenig Feedback geben, oder keinen Fokus in ihren Kommentaren an den Supervisanden haben. Eine strukturierende Vorgabe im Sinne von Durchführungskriterien könnte hier also hilfreich sein für die Kompetenzentwicklung auf Seiten der Supervisanden.

e. *Kategorie: Integration der Supervision in die Gesamtausbildung*

Bei den Antworten zur *Integration der SV in die Gesamtausbildung* spielte der Austausch und die Koordination zwischen Supervisor und den verschiedenen Ausbildungsorten (Institut, Klinik) eine Rolle und vor allem die Abstimmung mit den anderen Ausbildungsbestandteilen.

Borg-Laufs (2005) äußert sich ebenfalls zur mangelnden Verknüpfung der Ausbildungsbausteine untereinander und unterstreicht die Wichtigkeit einer Abstimmung der praktischen Lehrangebote auf die Inhalte der Theorieseminare. Für die Praktische Tätigkeit betonen Reimer et al. (1998) die Notwendigkeit des Kontaktes mit den Kooperationskliniken. Dieser könne durch den Austausch von Supervisoren und Dozenten, aber auch durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen gehalten werden.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Eine mangelhafte Verknüpfung von Supervision und theoretischer Ausbildung könnte sich negativ auf die Fähigkeit zur Fallkonzeptualisierung auswirken, da hier von Seiten des Supervisanden als auch des Supervisors eine Verknüpfung des gelernten theoretischen Wissens mit den praktischen Erfahrungen am Patienten passieren muss. Auch Bennett-Levy (2006) postuliert in seinem Modell zur Kompetenzentwicklung eine ständige Rückkoppelung zwischen deklarativem Wissen, prozessuaalem Wissen und dem „reflective system“ (Selbstreflektion). Schlussendlich obliegt die Integration von Inhalten aus verschiedenen Teilen der Ausbildung in der Verantwortung des einzelnen Ausbildungsteilnehmers, eine strukturell vorgesehene Integration der Ausbildungsbestandteile könnte jedoch diesen Prozess erleichtern.

f. Kategorie: Qualifizierung der Supervisoren

Ein weiteres relativ häufig genanntes Verbesserungskriterium ist die *Qualifizierung der Supervisoren*, im Sinne einer *fortlaufenden Weiterbildung und eigenen SV*.

Bestätigend beschreibt Willutzki (2005) oder auch Freyberger (2010), dass für die Psychotherapiesupervisoren eine systematische Aus- wie auch Fortbildung fehlt. Borg-Laufs (2005) betont außerdem die Wichtigkeit von Qualifizierungsangeboten für Supervisoren. Freyberger (2010) beschreibt, dass von verschiedenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften über die Kriterien des Psychotherapeutengesetzes hinaus Qualifikationsmerkmale erstellt worden sind. Möglichkeiten der Weiterbildung zum Supervisor bestehen von einigen Instituten auch (z.B. der Deutschen Gesellschaft für SV [DGSv] und des Institutes für Therapieforchung [IFT]). Im englischsprachigen Raum haben sich Forscher um Carol Falender (Falender et al., 2004) für eine Definition von Kompetenzen für Supervisoren stark gemacht. Sie nennt für ein „SV Competencies Framework“ sechs Bereiche: Wissen Fähigkeiten, Werte, sozialer Kontext, Ausbildung und Evaluation.

Die Frage nach der Inanspruchnahme der Trainingsprogramme bleibt jedoch ungeklärt, da weder von gesetzlicher Seite noch Seiten der Fachgesellschaften eine systematische Supervisorenausbildung gefordert ist. Befragungen, die darüber Auskunft geben könnten, sind nicht bekannt, wären aber ein Schritt in die richtige Richtung.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Nur durch die kontinuierliche Weiterbildung im Bereich der Psychotherapieforschung und spezifisch in evidenzbasierten Supervisionsmodellen und –methodiken (z.B. Angus & Kagan, 2007; Falender & Shafranske, 2007; Newman, 2010) bzw. in potentiell schädigenden Aspekten der Supervisionsbeziehung (Frank, 1998; Gray et al., 2001; Ladany et al., 1996) kann die bestmögliche Ausbildung und Kompetenzentwicklung der ATN sichergestellt werden. Fehlt den Supervisoren dieses Wissen, könnte dies Auswirkungen auf die Kompetenzen der Supervisanden haben, wie auch die Ergebnisse von Kaplan (1995) zu Lern- und Internalisierungsprozessen in der SV zeigen. Kontinuierliche Weiterbildungen können auch die Sensitivität für die eigene Tätigkeit erhöhen und negative

Entwicklungen in der Supervisor-Supervisand-Beziehung (siehe Kapitel B.4.6) besser erkennen und gegensteuern. Mängel im Wissen über schädliche Eigenschaften von Therapeuten können weiterhin dazu beitragen, dass die jeweiligen ATN nicht entsprechend gefördert oder herausgefiltert werden.

F.3.1.3. Ergebnisqualität

Aussagen zur Ergebnisqualität der SV in der Psychotherapieausbildung wurden im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten nur wenige gemacht. Dies kann einerseits an dem schon erwähnten berufspolitischen Kontext der Befragung liegen. Andererseits kann es auch ein Ausdruck davon sein, dass die Themen der Ergebnisqualität – das Erreichen und Prüfen der psychotherapeutischen Kompetenz und die Zufriedenheit mit der SV – von den Supervisoren noch nicht so stark im Fokus liegen. Oder sie werden eher auf die Verantwortungsseite der Supervisanden geschoben. Andererseits könnte bei der Nennung der anderen Qualitätsaspekte die Ergebnisqualität schon immer im Blick gewesen sein. Da die Ergebnisqualität ein wichtiger Fokus der Arbeit ist, werden hier auch Kategorien diskutiert, die weniger als 5% der Aussagen ausmachten. Die Themen, die angesprochen wurden, waren der mangelnde Fokus auf dem Training von (spezifischen) Kompetenzen und die Problematik von mangelnder Eignung bei ATN.

a. Kategorie: Kompetenztraining in der Supervision

Unter diese Kategorie wurden Aussagen der Supervisoren subsumiert, die den mangelhaften Erwerb einer therapeutischen Haltung kritisierten. Nach den Entwicklungsmodellen von SV ist dies erst in einer der letzten Stufen erreichbar (z.B. nach Stoltenberg, McNeill & Delworth [1998] und Hogan [1964] in Phase 3 von 4; jeweils zitiert nach Domma, 2007). Entweder waren hier diese Modelle und der Entwicklungsaspekt der SV nicht bekannt oder es fehlen wirklich entsprechende Anreize, um zur Entwicklung einer therapeutischen Haltung bzw. eines eigenen therapeutischen Stiles zu kommen.

Insgesamt hat die Supervision folgende *kompetenzbezogenen Ziele*: die Entwicklung einer therapeutischen Haltung/eines Behandlungskonzeptes, die Bearbeitung von Übertragungsreaktionen (Oeltze et al., 2002), das Training von therapeutischen Fertigkeiten/Behandlungskompetenz (Zimmer & Zimmer, 1998, Oeltze et al., 2002; Newman, 2010), die Fähigkeit zur Belastungsbewältigung/Psychohygiene (Oeltze et al., 2002) und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Hopffgarten van Laer & Mempel, 1998; Willutzki, Tönnies & Meyer, 2005; Zimmer & Zimmer, 1998). Der Fokus der Supervision liegt demnach auf der Entwicklung von fachlich-konzeptuellen Kompetenzen, wobei auch Beziehungskompetenzen und personale Kompetenzen angesprochen werden.

Die unter den Qualitätsebenen Struktur- und Ergebnisqualität diskutierten Problembereiche können jeweils auf der Ebene der Ergebnisqualität Auswirkungen haben. Inwieweit sich die angesprochenen Probleme wirklich bei dem einzelnen ATN als problematisch erweisen, hängt von vielen Faktoren ab und ist bislang nicht ausreichend erforscht. Systematische Prozessstudien sind hier notwendig, um herausstellen zu können,

welche Aspekte der Struktur- und Prozessqualität die größten Auswirkungen auf die Ergebnisqualität bei den ATN haben und demnach am stärksten zu Veränderungsmaßnahmen aufrufen.

b. *Kategorie: Mangelnde Eignung*

Die Aussagen zu fehlenden Regelungen zum *Umgang mit ungeeigneten Kandidaten* wurden im Kategoriensystem der Ergebnisqualität zugeordnet, da hier klar die Problematik des in manchen Fällen nicht erreichten Ergebnisses von ausreichend hoher psychotherapeutischer Kompetenz angesprochen wurde. Regelungen und Kriterien hierfür zu schaffen ist dann allerdings ein strukturelles Merkmal bzw. in der Umsetzung ein Prozessmerkmal der Ausbildung.

Wie Borg-Laufs (2005) bemerkt, werden den Supervisoren am ehesten individuelle Schwächen der ATN auffallen – daher stehen sie auch als erstes in der Verantwortung, diese Schwächen zu bearbeiten bzw. auch andere Konsequenzen einzuleiten. Die ausführliche Diskussion über mögliche Maßnahmen und Konsequenzen erfolgt im Kapitel F.3.4.

F.3.2. Selbsterfahrung

F.3.2.1. Strukturqualität

Strukturelle Aspekte, die bei Problemen und Verbesserungsvorschlägen häufig genannt wurden, sind die (a) des Umfangs, (b) des Ablaufes, (c) der Funktionsüberschneidungen und (d) des Konzeptes der Selbsterfahrung.

a. *Kategorie: Stundenumfang*

Hinsichtlich des Umfangs fordern die SEL als mit großem Abstand größte Einzelkategorie (fast 20% der Aussagen) eine *erhöhte Stundenzahl*.

Dieses Ergebnis geht auch mit den quantitativen Ergebnissen der Lehrkräftebefragung einhergeht (Thiel, 2010). Mehr als drei Viertel der SEL schätzen die gesetzlich vorgegebene Anzahl an Selbsterfahrungsstunden (120h) als nicht ausreichend ein (Thiel, 2010). Dies entspricht den Erkenntnissen mehrerer Studien, in denen eine Erhöhung der Selbsterfahrung (v.a. im Einzelsetting) aus Sicht der Ausbildungsteilnehmer, Lehrkräfte und Absolventen notwendig ist (Bayer, 2007; Ruggaber, 2008; Strauß et al., 2009; Zimmer & Zimmer, 1998; zitiert nach Thiel, 2010). Hier gibt es allerdings deutliche Verfahrensunterschiede. Vor allem die psychodynamischen Lehrkräfte plädieren für ein Mehr an Selbsterfahrung (eine durchschnittliche Anzahl von 180-300 h, Kohl et al., 2009).

Neben diesem auf den ersten Blick eindeutigen Bild gibt es jedoch auch Bedenken gegen die Forderung nach mehr Selbsterfahrungsstunden. Insgesamt müsste auch ein Nachweis erbracht werden, ob längere SE bessere Effekte bringt als kürzere SE-Einheiten. Eine Studie von Sandell et al., (2006) gibt zumindest Hinweise darauf, dass zu lange Einzelselbsterfahrung mit einem schlechteren Therapieergebnis bei späteren Patienten in Verbindung steht. Auch die Studie von Lieb (1998) zeigte, dass die reine Dauer der

Selbsterfahrung keinen Einfluss auf ihre Wirksamkeit hat, sondern die Dauer der „Konfrontation“ mit den Wirkvariablen der Selbsterfahrung. Vor allem auf Basis der bislang fehlenden empirischen Wirksamkeitsnachweise (siehe Kapitel B.5.3.) und einiger Studien, die auch negative Effekte von Selbsterfahrung berichten (siehe Kapitel B.5.4.), argumentieren Autoren wie Moller et al. (2009) oder Atkinson (2006) gegen eine Verpflichtung zur Selbsterfahrung bzw. Eigentherapie. Als weiteres Argument gegen eine unbedingte Erhöhung der Stundenzahl ist das *finanzielle Argument*. Da eine Erhöhung der Stundenanzahl immer mit einer Kostenintensivierung einhergeht, sind hier vor allem einkommensschwächere ATN benachteiligt und die ohnehin schon bestehende Belastung durch die Kosten der SE wird noch höher. Eine finanzielle Regelung bzw. Entlastungsmöglichkeit ist demnach auch für diesen Ausbildungsbestandteil notwendig.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Analog zur Supervision ist ein einfacher Zusammenhang ‚mehr Selbsterfahrung – mehr Kompetenzgewinn‘ nicht herzustellen. Dazu besteht ein noch zu großer Mangel an kontrollierten Studien zur Effektivität von Selbsterfahrung.

Was geschlussfolgert werden kann, ist dennoch, dass ein ungenügender Umfang der Selbsterfahrung vor allem für die ATN problematisch sein könnte, die wirklich belastet sind im Sinne von zu bearbeitenden Störungen/Störungsanteilen oder hoher Belastung auf Grund der Ausbildung. Nicht bearbeitete „blinde Flecken“ können sich negativ auf eine Reihe von Kompetenzvariablen und damit auf den Erfolg von Psychotherapien auswirken, wie zum Beispiel auf die Fähigkeit zur Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung (problematisch z.B. bei ambivalenten Bindungseigenschaften der Therapeuten; Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009). Nicht zuletzt die Erfahrungen des Ethikvereins e.V., auszugsweise veröffentlicht von Kazcmarek et al. (2011), zeigen die Wichtigkeit von ‚gesunden‘ Therapeuten zur Vermeidung von Therapieschäden. Außerdem ist die Selbstreflexion eine wichtige psychotherapeutische Kompetenz (siehe Kapitel E.4), deren Förderung immer in der SE verortet wird. Ein zu geringer Anteil an SE in der Ausbildung wäre also auch nachteilig für diese Kompetenzentwicklung.

Weitere Forschung zur Effektivität und Wirkung der SE ist notwendig, vieles spricht aber für eine individualisierte Anwendung der Selbsterfahrung, je nach Kompetenzentwicklungsbedarf des ATN.

b. Kategorie: Ablauf der Selbsterfahrung in der Ausbildung

Die offenen Antworten zur Veränderung des Ablaufes der Selbsterfahrung sprachen sich überwiegend für eine *kontinuierliche, ausbildungsbegleitende Selbsterfahrung* aus, im Gegensatz zur blockweisen Durchführung z.B. nur zu Beginn der Ausbildung.

Dies entspricht auch Definitionen von Selbsterfahrung von Scobel (1996, zitiert nach Schön, 2001, S. 27), der sie als „langfristigen Prozess der Selbstbeobachtung, Introspektion, der Selbstöffnung, der Selbstreflexion sowie der Selbstoffenbarung“ ansieht. Auch Kuhr (2005) ist der Auffassung, dass eine regelmäßige und über den gesamten Ausbildungsverlauf

stattfindende Selbsterfahrung empfehlenswert ist. Er begründet dies darin, dass jeder Abschnitt des Curriculums unterschiedliche Herausforderungen enthält, mit denen die ATN bei einer ausbildungsbegleitenden SE besser umgehen könnten.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und -sicherung:

Im Sinne der Kompetenzentwicklung ist solch ein kontinuierlicher, langfristiger Prozess zu bevorzugen, da auch im Rahmen der Supervision nach den gängigen Modellen bis zum Ende der Ausbildung noch personale Veränderungen stattfinden, die dann in der Selbsterfahrung noch reflektiert und vertieft werden können. Anhand der Modelle zur psychotherapeutischen Entwicklung kann gesehen werden, dass dies ein längerer Prozess ist, was auch auf die Entwicklung und Reflektion von personalen Kompetenzen zutrifft. Des Weiteren haben die ATN im gesamten Verlauf der Ausbildung eine Mehrfachbelastung von Beruf, Familie/Partnerschaft, Freizeit und Ausbildung zu bewältigen, für die die Selbsterfahrung als Entlastungspunkt und ein Teil der Psychohygiene der ATN über den Verlauf der Ausbildung zur Verfügung stehen sollte (Ruggaber, 2005).

Im Sinne der Kompetenzsicherung ist ein kontinuierlicher, ausbildungsbegleitender Prozess ebenfalls zu bevorzugen, da sich personale Kompetenzprobleme zum Beispiel erst durch die multiplen Herausforderungen des therapeutischen Berufes zeigen können und so nur durch die über den gesamten Ausbildungsverlauf stattfindende Selbsterfahrung bearbeitet werden können bzw. zu spezifischer Förderung angeregt werden kann.

c. *Kategorie: Abhängigkeitsverhältnisse durch Rollenüberschneidungen*

Ein schwerwiegendes Problem bildeten aus Sicht der befragten Lehrkräfte die zwischen Selbsterfahrungsleiter und Ausbildungsteilnehmer bestehenden *Abhängigkeitsverhältnisse*, welche aus *Rollenüberschneidungen der Selbsterfahrungsleiter mit anderen Funktionen* im Rahmen der Ausbildung resultieren (Dozent, Supervisor, Institutsleiter). Als Lösung wird unter anderem die Anerkennung einer externen Selbsterfahrung vorgeschlagen.

Konsequenz dieser Problematik ist aus Sicht der SEL, dass es den ATN schwerfällt, sich wirklich zu öffnen (Groeger, 2003; Laireiter, 2002, 2003). Offenheit und Reflexionsbereitschaft der ATN in der SE ist jedoch für die Integration der erfahrenen Inhalte wichtig (Schreyögg, 2004). Schon Cremerius (1992, zitiert nach Schön, 2001) kritisierte, dass der therapeutische Prozess durch die reale Abhängigkeit des ATN vom SEL empfindlich gestört wird. Da der SEL auch Verantwortung für den Patienten im angehenden Therapeuten (Schön, 2001) trägt, die mit den Ausbildungsanforderungen kollidieren kann, besteht die Gefahr, dass der ATN nur erwünschte Themen einbringt und eine negative Übertragungen vermeidet, weil er sonst befürchten muss, seine Ausbildung nicht abschließen zu können (Ringler, 1994).

Wie auch Laireiter (2005, S. 287) betont, verlangt die Selbsterfahrung von den SEL und AINST die „strenge Einhaltung berufsethischer Prinzipien, insbesondere der *Vertraulichkeit und Verschwiegenheit* und die absolute Abgrenzung der personenbezogenen Selbsterfahrung

von der übrigen Ausbildung, sowohl personell wie auch hinsichtlich der Weitergabe von Informationen aus der Selbsterfahrung an das Institut“. Sobald die Neutralität bzw. Unparteilichkeit der institutsinternen Lehrkräfte nicht mehr gewährleistet ist (Warschburger, 2009, zitiert nach Thiel, 2010), was vor allem bei kleineren Instituten der Fall sein wird, ist eine externe Selbsterfahrung ebenso angebracht wie eine externe Supervision. Auch im Hinblick auf die von den ATN zu tragenden Kosten der Selbsterfahrung ist das Einhalten dieser ethischen Prinzipien besonders wichtig.

Bei aller Vorsicht hinsichtlich ethischer Prinzipien muss dennoch bedacht werden, dass die Selbsterfahrung nun einmal *im Rahmen einer Ausbildung stattfindet* und dort keine reine Eigentherapie im Sinne einer Psychotherapie darstellt. Damit geht einher, dass sie keinen Selbstzweck erfüllen soll (Laireiter, 2005), d.h. auch immer die ausbildungsrelevanten Ziele im Blick gehalten werden müssen. Weiterhin bleibt die Situation bestehen, dass die Anonymität der SE im Ausbildungsinstitut generell nur eingeschränkt zu gewähren ist, da die Möglichkeit besteht, den SEL in Lehrveranstaltungen in einer anderen Rolle kennen lernen und sich mit anderen ATN über die SEL auszutauschen. Dies sind alles Aspekte, die bei einer normalen Therapie so in der Regel nicht vorkommen und die die therapeutische Beziehung und damit die Effektivität der Analyse beeinträchtigen können. Schon Freud hat zur Verbesserung vorgeschlagen, nach der Lehranalyse eine zweite Analyse bei einem anderen Analytiker durchzuführen (Freud, 1937).

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und -sicherung

Rollenkonfusionen der SEL mit anderen Funktionen im AINST können zu einer Reihe von Problemen führen, die die Kompetenzentwicklung beeinträchtigen können. Allen voran wird die Öffnungsbereitschaft der ATN vermindert sein, was direkte Auswirkung auf die Anzahl, Breite und Tiefe der Themen hat, die reflektiert werden. Solange die Selbsterfahrung kein Ort ist, an dem der ATN sich ohne Furcht einbringen kann und offen über seine Schwächen und Ängste reden kann (Laireiter, 2005), wird die Selbsterfahrung ihren eigentlichen Zielen, der Förderung personaler Kompetenzen wie Selbstreflexion, interaktioneller Fähigkeiten wie Empathie und ein verstärkter Fokus auf die therapeutische Beziehung (siehe Kapitel B.5.3) nicht gerecht werden. Durch diese strukturelle Problematik könnten prinzipiell die ursprünglich angedachten kompetenzentwickelnden Ziele nicht erreicht werden. Die Selbsterfahrung sollte keine weitere Prüfungs- und Beurteilungsfunktion übernehmen, sonst besteht die Gefahr, dass die Vertrauensbeziehung zum SEL gestört ist und die Stunden nur abgesessen werden. Wie auch Laireiter (2003, S. 100) bemerkt, ist die Praxis, dass die SEL manchmal die Ausbildungsleitung von personalen und interpersonellen Kompetenzproblemen einzelner ATN informieren, aus ethischer Sicht und aus Sicht der Vertraulichkeit und der Vertrauensbeziehung zwischen SEL und ATN „sehr kritisch zu betrachten und letztlich abzulehnen“. Falls kompetenzbedingte Probleme bei dem ATN in der SE deutlich werden, ist in erster Linie das Einvernehmen zwischen SEL und ATN herzustellen. Erst darauf aufbauend

-nicht einseitig durch den SEL- können weitere Schritt in die Wege geleitet werden (Laireiter, 2003; Reimer et al., 1998). Atkinson (2006) bemerkt in seinen Ausführungen zur Selbsterfahrung, dass die persönliche Kompetenzentwicklung auch über SE in anderen Settings/außerhalb des AINST erreicht werden kann, wenn hier eine ausgiebige Beschreibung über die Art und die Auswirkungen der selbst gewählten Formen von Selbstentwicklung und SE auf die eigene Kompetenzentwicklung dem AINST vorgelegt wird (wie in der Britischen Assoziation für Counseling Psychologie praktiziert).

Aus diesen Überlegungen zur Verringerung der Abhängigkeitsverhältnisse heraus sowie den in Kapitel F.3.1.3. aufgeführten Überlegungen zur qualitätssichernden Funktion der Supervision können folgende Schlussfolgerungen abgeleitet werden:

- Für die Selbsterfahrung sollte weiterhin ein striktes non-reporting-System eingehalten werden, d.h. der ATN muss sicher sein, dass Informationen, die er über sich in der Selbsterfahrung preisgibt, nicht mit anderen Lehrkräften oder dem Institutsleiter besprochen werden. Falls dies nicht möglich ist, sollte eine externe Selbsterfahrung anerkannt werden, über deren selbstreflektierende Fortschritte der ATN mündlich oder schriftlich dem AINST berichtet.
- In der Supervision sollten dementsprechend umso mehr die kompetenzüberprüfenden Komponenten betont werden. Hier kann ein ATN demonstrieren, dass er ausreichend gute Psychotherapien durchführen kann, auch mit eventuellen persönlichen Schwächen (die unabhängig in der Selbsterfahrung bearbeitet werden).

d. Kategorie: Konzepte der Selbsterfahrung

Weitere Kritikpunkte sind *fehlende Konzepte für die SE* an den AINST, die den SEL einen Rahmen geben für deren Durchführung.

Nicht, dass es keine Konzepte zur Selbsterfahrung gäbe, im Gegenteil, speziell in der Verhaltenstherapie sind eine Vielzahl an Konzepten zur inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung der (Gruppen-)Selbsterfahrung vorzufinden (Laireiter, 2008; Ruggaber, 2005; Schmelzer, 1994; Schön, 2001). Wie Laireiter (2003) schreibt, besteht vor allem im Bereich der Einzelselbsterfahrung das Problem, dass es an Konzepten mangelt. Außerdem merkt Laireiter (2003) an, dass sich neue Konzepte nur sehr langsam bei den SEL umsetzen, so dass diese noch sehr lange alte und unterschiedliche Konzepte anwenden.

Für eine Konzeption einer Selbsterfahrung in der Ausbildung müssen prototypische Inhalte und Methoden angegeben werden (Laireiter, 2003), die dann durch die Einzelanbieter zu spezifischen Konzepten ausgearbeitet werden. Inhalte im Sinne von Zielen sind zum Beispiel in dem Buch „The psychotherapist's own psychotherapy“ für die verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Orientierungen angegeben (Geller, Norcross & Orlinsky, 2005; Laireiter & Willutzki, 2005b). Von methodischer Seite gehören zum Beispiel neben der Klärung des Settings, die Durchführung eines Gesprächs über die Ziele dazu (Laireiter, 2003) und Methoden zur Förderung der Selbstreflexion. Ein einheitliches Konzept

(zumindest pro AINST oder Fachgesellschaft) ist auch eine wichtige Voraussetzung für Evaluationen der SE, vor allem im Bereich der Einzelselbsterfahrung. Nur auf der Basis von klareren Vorgaben für die Anforderungen an die SEL, die Durchführung und erwartbare Ergebnisse auf Seiten der ATN können Einschätzungen zur Qualität der SE gemacht werden und darauf aufbauend Verbesserungen eingeleitet werden.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Besteht Unklarheit über das anzuwendende Konzept der Selbsterfahrung innerhalb eines SEL, kann es auch zu Unsicherheiten in der Beziehung zwischen SEL und ATN kommen, denn nach Bordin (1979) ist ein Bestandteil der therapeutischen Beziehung die Einigkeit über Ziele und Aufgaben, was sich sicherlich auch auf die Beziehung zwischen SEL und ATN übertragen lässt. Diese Unsicherheiten könnten dazu führen, dass das Erfahren therapeutischer Vorgänge ‚am eigenen Leib‘ und damit auch die Kompetenzentwicklung der ATN nicht konsistent möglich ist. Allgemein sollten im Hinblick auf die Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen die Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung beachtet werden, um die personalen und methodischen Kompetenzen gezielt in einem Selbsterfahrungskonzept zu verankern, die prädiktiv für den Therapieerfolg sind. Im Sinne der Kompetenzsicherung ist es hier auch wichtig, im Blick zu haben, welche Eigenschaften eines Therapeuten es sind, die potentiell schädigend für den Therapieprozess sein könnten (siehe Kapitel F.3.4.3) und diese dann als zu beachtende inhaltliche Komponenten in einem Selbsterfahrungskonzept zu verankern wären.

F.3.2.2. Prozessqualität

Für den Aspekt der Prozessqualität waren häufige Probleme und Verbesserungsvorschläge (a) eine Veränderung der Selbsterfahrungsinhalte und (b) mehr Flexibilität für die Anwendung der Selbsterfahrung.

a. Kategorie: Inhalte der Selbsterfahrung

Bei den Inhalten wurde vor allem eine stärker theorieübergreifende SE gefordert und der stärkere Bezug zur therapeutischen Arbeit.

Insbesondere die verhaltenstherapeutisch orientierten Selbsterfahrungsleiter (Thiel, 2010) wünschen inhaltliche Erweiterungen in Richtung *verfahrens- und theorieübergreifender Inhalte*. Verhaltenstherapeuten absolvieren in relativ hohem Maße Selbsterfahrungen und Eigetherapien außerhalb der Verhaltenstherapie, wie Laireiter (2000a) zusammenfasst. Dahinter könnte aber auch einfach der Wunsch nach mehr SE stehen, nicht unbedingt der Wunsch nach verfahrensfremder SE. Dennoch wird verfahrensfremde SE von Seiten der ATN mitunter gewünscht (Dobernig, 2001 nach Laireiter, 2005), von Seiten der Psychoanalyse sogar gefordert (Ringler, 1996, zitiert nach Laireiter, 2005). Die gesetzlichen

Bestimmungen sind hier jedoch deutlich, in dem geregelt ist, dass sie sich nach dem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren richten soll (PsychThG, 1998 §5). Der Wunsch nach *mehr Bezug zur therapeutischen Arbeit* widerspiegelt ein Konzept von Selbsterfahrung - das der praxiszentrierten bzw. ausbildungsbezogenen SE (Laireiter, 1994). Darin werden der klare Bezug zur praktischen Tätigkeit und die Reflexion der eigenen Persönlichkeit während dieser Tätigkeit gefordert. In den psychodynamischen Ausbildungen ist die Selbsterfahrung per se persönlichkeitsnäher, was gleichzeitig aber aufgrund der Natur des Verfahrens auch Bezug zur späteren therapeutischen Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung bedeutet.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Bezüglich der Frage der Verfahrensbezogenheit der SE sprechen sich in der Literatur Autoren sowohl von psychodynamischer als auch von verhaltenstherapeutischer Seite für eine verfahrensinterne SE aus. Bei Walz-Pawlita et al., (2008) spricht die Wichtigkeit der Entwicklung einer verfahrensinternen therapeutischen Haltung und der Verinnerlichung des Psychoanalysierens“ (S. 377) dafür. Laireiter (2005) argumentiert, dass die Orientierung einer Eigentherapie einen wesentlichen Einfluss auf therapierelevante Merkmale hat, wie das Therapiekonzept, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses. Auf der anderen Seite zeigt eine Studie von Willutzki und Botermans (1997), dass es bei langjährig approbierten Therapeuten einen engen Zusammenhang zwischen der Breite der theoretischen Orientierung (auch SE) und der Kompetenzwahrnehmung gibt. Darauf basierend resümiert Laireiter (2005), dass es während der Ausbildung wichtig ist, eine deutlich verfahrensorientierte SE zu machen und danach den theoretischen Horizont mit verfahrensfremden SE zu erweitern. Berns (2006) hingegen argumentiert, dass die Verfahrensspezifität nur für die Vermittlung von Techniken wichtig wäre, was nach Ergebnissen der Therapieforschung nicht evidenzbasiert ist und dass nur die Passung zwischen ‚Therapeut‘ und ‚Patient‘ wichtig wäre für das Erleben, wie sich Therapie ‚anfühlt‘.

Zur endgültigen Beantwortung dieser Frage sind weitere Studien notwendig. Vorab bleibt diese Entscheidung jedem ATN überlassen inwieweit er sich ausschließlich verfahrenseigene oder auch –fremde SEL sucht. Hinsichtlich der Praxisorientiertheit ist es wichtig, dass der Bezug zur therapeutischen Arbeit –bedeutet er auch je nach Verfahrensrichtung unterschiedliches - immer mit in die SE aufgenommen werden. Dies bestätigt auch eine Untersuchung von Schön (2001), bei der aus Sicht der ATN besonders wichtig und arbeitserleichternd war, dass die behandelten Themen eine hohe therapiepraktische und persönliche Relevanz aufwiesen (Schön, 2001).

b. Kategorie: Flexibilität in der Anwendung von Selbsterfahrung

In engem Zusammenhang mit der unter Strukturqualität geführten Diskussion zum Umfang der SE steht die Forderung der SEL zu *mehr Flexibilität* im Prozess der Ausbildung mit den SE-Stunden.

Die flexible Praxis einer höheren Stundenzahl wird in vielen Instituten schon umgesetzt, was an den Zahlen der Befragung der Institutsleiter zu sehen ist (Strauß et al., 2009). Diese Offenheit für Flexibilität sollte in den AINST weiterhin verankert werden und vor allem in den psychodynamischen Ausbildungen auch ‚offen‘ werden für ‚nur‘ die gesetzlich vorgeschriebenen Stunden. Auch sind die Auswirkungen einer individuell angepassten Stundenzahl auf den finanziellen Aspekt der Selbsterfahrung bei der ohnehin kostenintensiven Ausbildung hervorzuheben.

- Diskussion im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung und –sicherung:

Es wird für eine flexible und individuelle Regelung plädiert, Selbsterfahrung oder sogar Eigetherapie in einer dem ATN angemessenen Anzahl anzubieten, je nachdem, wie stark die Bedürfnisse bzw. persönliche Kompetenzmängel (Bearbeitung von Grundkonflikten) sind. Hierzu fordert Borg-Laufs (2005) Möglichkeiten zur Weiterbearbeitung von eigenen Themen oder der angebotenen Inhalte der Ausbildung einzuräumen. Ausgehend von einer Mindestanzahl von Stunden zur Selbstreflexion sollten weitere ‚Stundenpakete‘ zu durchlaufen sein. Hier ist natürlich Voraussetzung, dass der ATN den zusätzlichen zustimmt. Ähnlich einer ambulanten Psychotherapie, bei der zunächst eine Kurzzeittherapie genehmigt wird und dann im Gespräch mit dem Therapeuten die Notwendigkeit einer Fortführung eruiert und vereinbart wird, liegt die ethische Verantwortung beim SEL –beim Erkennen von Problemen im personalen oder interpersonalem Bereich– den ATN zu einer Weiterführung der SE zu führen. Durch eine flexible Lösung wird auch das Problem umgangen, dass für die ATN, die bereits sehr reflektiert sind und keine Grundkonflikte mitbringen, eine umfangreiche SE beginnen sollen, ohne dafür Leidensdruck zu haben (Laireiter, 1994).

F.3.2.3. Ergebnisqualität

Die offenen Antworten enthielten kaum Vorschläge, die zur Ergebnisqualität hätten zugeordnet werden können, aus der Frage zu Problemen konnten jedoch einige Kategorien diesem Qualitätsaspekt zugeordnet werden. Da die Ergebnisqualität ein wichtiger Fokus der Arbeit ist, werden hier auch Kategorien diskutiert, die weniger als 5% der Aussagen ausmachten. Weiterhin wurden die Kompetenzproblematiken bei einigen ATN angesprochen und dem Umgang damit.

a. Kategorie: Zufriedenheit

Ein relativ gesehen hoher Prozentsatz äußerte *Zufriedenheit* mit dem Ausbildungsbestandteil (7%), trotz der vielfältig geschilderten. Dies bestätigen zahlreiche Studien, in denen die Selbsterfahrung überwiegend als positiv und nützlich bewertet wird (Alte & Rey, 1998; Bayer, 2007; Glaesmer et al., 2009; Leitner et al., 2010; Schön, 2001, Sonntag et al., 2009;

Zimmer & Zimmer, 1998). Unter anderem kann diese Zufriedenheit auch auf die Passung zwischen Verfahren und Tätigkeit hinweisen (Topolinsky & Hertel, 2007, zitiert nach Barthel et al., 2010). Dieses Ergebnis ist als sehr positiv zu bewerten, kann doch die Zufriedenheit auch erheblich zur Motivation der SEL beitragen und sich dies wiederum auf die Beziehung zwischen SEL und ATN auswirken.

b. *Kategorie: Eignung der Teilnehmer*

Die Problematik der als *ungeeignet erscheinenden ATN* wurde auch schon von den Supervisoren genannt. Bei der SV kann und sollte die Thematik direkt angegangen werden durch den unterstützenden und kontrollierenden Charakter dieses Ausbildungsbestandteiles. In der SE ist die Situation durch das non-reporting-System deutlich anders. Laut Prüfungsordnung ist dieses System zwar nicht gefordert, es wird lediglich reglementiert, dass die SEL nicht gleichzeitig Prüfer bei den staatlichen Prüfungen sein dürfen. Die konsequente Nicht-Weitergabe von Informationen aus der SE wird aber von vielen Autoren befürwortet (z.B. Laireiter, 2003). Im Bereich der SE ist daher ist der Umgang mit ungeeignet erscheinenden ATN ein sehr diffiziles Thema, wie auch schon unter F.3.2.1.c diskutiert wurde. Welche Möglichkeiten der Einhaltung der Ergebnisqualität in der SE bezogen auf (mangelnde) Kompetenzen es gibt, wird ausführlich in Kapitel F.3.4 diskutiert.

F.3.3. Psychotherapeutische Kompetenzen

Für die Diskussion der Ergebnisse zur psychotherapeutischen Kompetenz soll zunächst eine Einordnung der Kompetenzen in die aktuellen Kompetenzmodelle vorgenommen werden und schließlich eine Einordnung in die aktuelle Forschung zur Kompetenzbasierung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung.

Bezogen auf die einzelnen Antworten der Institutsleiter war auffällig, dass die Aussagen zum Teil stark hinsichtlich des Abstraktionsgrades schwankten (z.B. ‚Fachkompetenz‘ vs. ‚inter- und intrapsychische Prozesse einzufühlen, zu verstehen und zu handhaben‘). Dies kann zum einen die noch recht geringe Auseinandersetzung mit dem Thema der psychotherapeutischen Kompetenzen zum Grund haben. Andererseits könnten auch trivialere Gründe, wie zum Beispiel zu wenig Zeit beim Ausfüllen des Fragebogens, Ursache sein. Insgesamt spricht jedoch dieser Fakt für eine stärkere Verbreitung der Kompetenzdiskussion in der Fachschaft.

F.3.3.1. Einordnung in bestehende Kompetenzdefinitionen

Die Aussagen der Institutsleiter zu den am Ende der Ausbildung wichtigen Kompetenzen wurden zunächst induktiv –ohne Anlehnung an ein bestehendes Kompetenzmodell– zu Einzelkategorien zusammengestellt. Dadurch auf explorativer Ebene eine Replizierung der vorhandenen Modelle psychotherapeutischer Kompetenz hergestellt werden.

Für das verfahrensübergreifende Kompetenzmodell der Bundespsychotherapeutenkammer lassen sich für fast alle definierten Kompetenzbereiche Entsprechungen aus den Antworten der Institutsleiter zuordnen. Lediglich für die personale Kompetenzen „Fähigkeit zur Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse“ sowie „Fähigkeit zur Vermittlung eines überzeugenden Erklärungsmodells („allegiance“)“ und für die Beziehungskompetenz „Fähigkeiten zu und Fertigkeiten in der systematischen Analyse und Gestaltung“ finden sich keine Aussagen bzw. Einzelkategorien im erstellten Kategoriensystem (siehe Tabelle F.3-1). Dies könnte darauf hindeuten, dass diese von der BPtK (2008) bzw. von Kahl-Popp (2007) postulierten Kompetenzen zu detailliert sind bzw. diese Aspekte schon in anderen Teilaspekten enthalten sind (z.B. ‚Fähigkeit ... zur systematischen Analyse und Gestaltung‘ in ‚Fähigkeit ... in Anwendung von Behandlungsverfahren...‘). Auf der anderen Seite könnte es auch wieder ein Hinweis auf den noch nicht ausreichend hohen Bekanntheits- und Rezeptionsgrad von Kompetenzaspekten sein.

Tabelle F.3-1: Gegenüberstellung des existierenden Kompetenzmodells der BPtK und der gefundenen Kompetenzkategorien

Kernkompetenzen von Psychotherapeuten (basierend auf BPtK, [2008] sowie auf Kahl-Popp [2007])	Kategoriensystem (EK)
Fachlich-konzeptionelle Kompetenz	
• Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen und anderer Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, ihre Entstehung, Verbreitung und ihr Verlauf sowie ihre Prävention, Behandlung und Rehabilitation	• Fachwissen/ Fachkompetenz
• Kenntnisse verschiedener Versorgungsbereiche, ihrer Aufgaben, Vernetzung und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Fertigkeiten zur Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen	• (Professionelle Kooperation)
• Fähigkeiten und Fertigkeiten, die kognitive Komplexität und Mehrdeutigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens unter Berücksichtigung des kognitiven und sozioemotionalen Entwicklungsstandes, des sozialen und kulturellen Hintergrunds sowie unter Gender-Aspekten zu analysieren, zu diagnostizieren, zu begutachten und Indikationen zu stellen	• Diagnostische Fertigkeiten • Fallkonzeptualisierung • ethische Sensibilität
• Fähigkeiten und Fertigkeiten in der kritischen Rezeption und Anwendung wissenschaftlich begründeter psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken sowie anderer psychologischer Interventionen in Prävention, Behandlung und Rehabilitation zur Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Hilfe zur Problemlösung und -bewältigung, Sinnfindung, Verhaltensänderung	• Fachwissen • Behandlungsplanung/struktur. • (Motivierungsfähigkeit) • Anwendung von Interventionen
• Fähigkeit, implizites Wissen und Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess zu nutzen	• Anwenden von Interventionen • Erkennen v. unbewussten Pr.
• Fähigkeit zu differenzierten therapeutischen Entscheidungen im therapeutischen Prozess	• therapeutische Flexibilität
• Fähigkeit zur und Reflexion der Verknüpfung von individueller personaler Kompetenz und Behandlungskonzept (z. B. bei der Wahrnehmung und Interpretation von Affekten, Verhaltensmustern, kommunikativen und Beziehungsstrukturen)	• Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess
Personale Kompetenz	
• Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, z. B. bei der Reflexion der Intentionalität, bei der Unterscheidung von inneren Repräsentanzen (z. B. Schemata, Fantasien) und äußerer Realität sowie der Herstellung bedeutungsvoller Bezüge zwischen innerer und äußerer Welt	• (Selbst-)Reflexionsfähigkeit
• Fähigkeit zur Empathie und Rollenübernahme (psychotherapeutische Aufgeschlossenheit und Ansprechbarkeit)	• Empathiefähigkeit • therapeutische Haltung
• Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit und Selbstintegration, zur Belastungsregulation und Herstellung emotionaler Stabilität	• persönliche Reife • Stressbewältigungsfähigkeit
• Fähigkeit zur Vermittlung eines überzeugenden Erklärungsmodells („allegiance“)	-
• Fähigkeit zur Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse	-
Beziehungskompetenz	
• Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung („working alliance“)	• Aufbau/Gestaltung der therapeutischen Beziehung • therapeutische Distanz
• Fähigkeit zu altersgerechter Kommunikation (z. B. Verstehen von und Ausdruck durch szenische Sprache und Handlungssprache) und triadischer Kommunikation	• soziale Kompetenz/ Kommunikationsfähigkeiten
• Fähigkeit zur Wahrnehmung und Differenzierung eigener und fremder Affekte, Kognitionen, Wünschen und Erwartungen	• Erkennen von (unbewussten) interpersonellen Prozessen
• Fähigkeiten zu und Fertigkeiten in der systematischen Analyse und Gestaltung	-

Für das im psychoanalytischen Bereich postulierte Modell von Will (2006) lassen sich ebenfalls Entsprechungen finden, wie im Anhang dargestellt. Hier fehlt eine eindeutige Entsprechung für die von Will (2006) postulierte Kompetenz der psychoanalytischen Interaktion. Andererseits konnten einige der von den Institutsleitern vorgeschlagenen Kompetenzen (z.B. Diagnostische Fertigkeiten, ethische Sensibilität, Stressbewältigungsfähigkeit) nicht in das psychoanalytische System eingeordnet werden.

Der Kompetenzvorschlag von Vogel und Alpers (2009) mit Teilbereichen für Ausbildungsziele/-kompetenzen lässt sich ebenfalls auf das erstellte Kategoriensystem anwenden (siehe Anhang). Hier bestand die Schwierigkeit, dass zum Teil viel spezifischere Einteilungen vorgenommen wurden (z.B. allgemeine vs. spezifische therapeutische Techniken), die sich in den Kategorien, als auch in den Antworten der Institutsleiter nicht wieder finden lassen. Weiterhin waren hier mehr Kompetenzteilbereiche als bei den anderen beiden Kompetenzmodellen nicht in den Antworten vorzufinden (z.B. wissenschaftliche, technische Kompetenz, lebenslanges Lernen).

Insgesamt ist entsprechend der Stichprobe das verfahrensübergreifende Modell (auch auf Ebene der Einzelkategorien) damit am geeignetsten, die Antworten der Institutsleiter zu repräsentieren. Für den deutschsprachigen Raum kann damit weiterhin für das von der BPtK (2008) vorgeschlagene Modell plädiert werden.

F.3.3.2. Einordnung der Kompetenzergebnisse in Diskussion um Evidenz- und Kompetenzbasierung der Psychotherapieausbildung

Bestanden bislang in der Literatur überwiegend Auflistungen von Kompetenzbereichen (z.B. BPtK, 2008; Sperry, 2010 EAP; 2011), können mit dieser Untersuchung nun auch Aussagen über die wahrgenommene Wichtigkeit der Bereiche gemacht werden.

In dem vorliegenden Kompetenzsystem wurden folgende Kompetenzbereiche häufig genannt (Ebene der Oberkategorien, Prozent der Antworten):

- Fachwissen (Störungswissen, Wissenskompetenz, Interventionswissen) (17,2%)
- kompetentes Anwenden von psychotherapeutischen Interventionen (15,2%)
- Gestaltung der therapeutischen Beziehung/soziale Kompetenz (15,0%)
- (Selbst-)Reflexionsfähigkeit (8,4%)

Die Institutsleiter nannten damit an erster Stelle Kompetenzaspekte, die dem Bereich theoretisches Wissen (Fachwissen, Störungswissen, Interventionswissen, diagnostisches Wissen) zuzuordnen sind, als aus dem Bereich Beziehungsvariablen etc.

Die Leiter der AINST sind maßgeblich an der Ausgestaltung der Inhalte der Curricula, deren methodischer Umsetzung, der Auswahl der Lehrkräfte und nicht zuletzt an der qualitativen Sicherstellung der Entwicklung der Kompetenzen beteiligt. Ihre Ansichten über die zu erreichenden Kompetenzen werden sich demnach als Schwerpunktsetzung in der Ausbildung deutlich wieder finden, so dass es auch wahrscheinlich ist, dass nicht in den Fokus gelegte Kompetenzen beim Durchschnitt der ATN mit weniger Intensität trainiert bzw. überprüft werden.

Nach dem Kapiteln „Therapist Variables“ und „The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy“ aus dem Buch Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2004) sowie weiteren Artikel und Büchern über die Wirkvariablen im psychotherapeutischen Prozess auf Therapeutenseite (Berns, 2006; Castonguay & Beutler, 2006; Messer & Wampold, 2002; Norcross & Wampold, 2011; Wampold, 2001) und sowie sind zusammengefasst folgende Variablen auf Therapeutenseite von Bedeutung für das Therapieergebnis (Einzeltherapie):

- Arbeitsbündnis (Herstellen einer Bindung zum Patienten, Erarbeiten gemeinsamer Ziele, Verfolgen von abgestimmten Aufgaben)
- Allegiance (Überzeugtheit vom eigenen therapeutischen Modell)
- Empathie (Hineinfühlen in den inneren Bezugsrahmen des Patienten)
- Therapeutenpersönlichkeit (Geschick/Kompetenz, Wohlbefinden, „Verständnis und Engagement“, „Wärme und Freundlichkeit“)

All diese Wirkvariablen sind nach der Definition der BPtK (2008) auch als psychotherapeutische Kompetenzen des Therapeuten zu bezeichnen und kommen in der Definition auch vor.

Eine solche Liste ist sicherlich nicht bei allen Forschern und Praktikern Konsens und ändert sich je nach Stand der Forschung in mehr oder weniger großem Umfang. Nach dem derzeitigen Stand kann jedoch sicherlich auf Basis der relativen Häufigkeitsverteilung der Antworten geschlossen werden, dass die Institutsleiter Mängel in ihrem Wissensstand aufweisen, wenn Wissenskompetenzen an erster Stelle angegeben werden. Außerdem wurden zusammengerechnet die fachlich-konzeptuelle Kompetenzen (Fachwissen, Störungswissen, Interventionswissen, diagnostisches Wissen, Anwendung von Methoden) in vergleichbar größerer Häufigkeit angegeben werden als zum Beispiel interpersonale Fertigkeiten und Beziehungsvariablen oder personale Kompetenzen.

Auf der anderen Seite wurde die Kompetenz des Aufbaus der therapeutischen Beziehung auch an vorderster Stelle genannt, was dafür spricht, dass das Wissen um die Wichtigkeit der therapeutischen Allianz und personaler Variablen in den Ausbildungsinstituten ‚angekommen‘ ist. Weiterhin wurde die Kompetenz der Selbstreflexion häufig genannt, was für die Anerkennung von Therapeutenvariablen, wie zum Beispiel dem Wohlbefinden sprechen kann.

Gar nicht direkt genannt wurde der Faktor ‚Allegiance‘, der nach einigen Studien Effektstärken von $d=.65$ (Wampold, 2001) erreicht. Ursachen können hier wiederum Mangel in der Kenntnis der Psychotherapieforschung sein. Auf der anderen Seite könnte die Überzeugung von der Effektivität der Behandlung indirekt in Aussagen wie ‚Fachkompetenz‘ oder ‚kompetentes Anwenden von Methoden‘ gemeint worden sein. Da dies jedoch nur vermutet werden kann, bleibt der Fakt bestehen, dass dieser wichtige Faktor, der von der Bundespsychotherapeutenkammer (2008) auch als Kompetenzbereich genannt wurde, im Wissensbestand der Institutsleiter nicht explizit vorhanden ist.

Der Fakt, dass die Institutsleiter insgesamt mehr fachlich-konzeptuelle Kompetenzen als wichtige Kompetenzen genannt haben, kann auch darin begründet sein, dass sich diese Kompetenzen vergleichsweise leichter lehren lassen, als zum Beispiel die komplexere Kompetenz der Erhaltung einer therapeutischen Beziehung. Außerdem können bei Mängeln in der fachlich-konzeptuellen Kompetenz leichter Fördermaßnahmen bestimmen als beispielsweise bei Mängeln in der Empathiefähigkeit. Von daher könnte der stärkere Fokus auf die fachlich-konzeptuellen Kompetenzen auch Ausdruck der Anerkennung des Ausbildungsvermögens der Institute sein - also Ausdruck dessen, was die AINST (bisher) an Kompetenzentwicklung und -förderung leisten können. Des Weiteren ist Fachkompetenz auch eine Voraussetzung für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung oder von empathischem Mitfühlen. Um die Sichtweise eines anderen hinsichtlich einer spezifischen Situation nachvollziehen zu können, braucht es wohl auch Wissen um das spezifische Störungsbild, Wissen um ätiologische Modelle etc. Insofern kann auch dieser Gedanke hinter der hohen Anzahl an Nennungen im Bereich der fachlich-konzeptuellen Kompetenz gesteckt haben.

Zusammengefasst ergibt sich aus den von den Institutsleitern genannten Kompetenzen, dass durchaus die Wichtigkeit von Beziehungsvariablen und personalen Variablen verankert ist. Die Betonung der Variablen, die theoretisches Wissen als wichtigste Kompetenz ansehen, erscheint dennoch zu stark. Hier zeigt sich die Notwendigkeit für eine weitere und kontinuierliche Integration von aktuellem Psychotherapieforschungswissen in die Ausbildung.

F.3.4. Nichteignung

F.3.4.1. Feststellung mangelnder Eignung

Die von den Institutsleitern angegebene *Prozentzahl ungeeigneter ATN* liegt im Mittel bei circa 4-5%. Damit liegen diese Angaben im unteren Bereich der Angaben aus der Literatur (Lambert & Bergin, 1992, zitiert nach Märtens & Petzold, 2002; Rüger, 2001) überein (siehe auch Kapitel B.7.1). Die Maximalwerte, die von den Institutsleitern angegeben wurden, liegen jedoch deutlich höher. Die niedrigen mittleren Werte können als ein positives Urteil für die derzeitigen Ausbildungen gewertet werden, in denen entweder durch gute Auswahlverfahren oder spezifische Förderung von schwachen Kandidaten die Rate von wirklich für ungeeignet gehaltenen ATN niedrig gehalten werden können. Auf der anderen Seite könnte auch eine Unterschätzung der Problematik im Sinne eines ‚Nicht-Wahrhaben-Wollens‘ dahinter stecken (z.B. Pfäfflin & Kächele, 2005). Empirische Untersuchungen fehlen hier bislang im deutschsprachigen Raum, die außerhalb von subjektiven Befragungen objektive Eignungsbeurteilungen der Kandidaten in verschiedenen Ausbildungsstadien anstellen.

Die staatlichen Prüfungen sollen die Kompetenzen der ATN am Ende der Ausbildung überprüfen. Diese stehen aber unter nicht geringer Kritik, ob sie wirklich in der Lage sind, psychotherapeutische Kompetenzen valide zu überprüfen (z.B. Kahn, 2012; Ruggaber, 2005;

Vogel & Schieweck, 2005a; Strauß et al., 2009; Wolff, 2005). Demnach ist davon auszugehen, dass diese Prüfungen nicht in der Lage sind, ungeeignete Teilnehmer zuverlässig herauszufiltern. Werden nun die Prozentzahlen als ungeeignet eingeschätzter ATN (4,5 bzw. 4,2%) auf die Absolventenzahl eines Jahres (Frühjahr + Herbst 2011) hochgerechnet, erhält man eine Anzahl von 55 PP bzw. 18 KJP pro Jahr mit mangelhafter Kompetenz. Für den Fall einer Niederlassung im Bereich der Psychologischen Psychotherapie erhalten schließlich durchschnittlich 61 Patienten pro Quartal (Peikert, 2011) eine höchstwahrscheinlich inadäquate psychotherapeutische Behandlung. Außerdem entsteht ein finanzieller Schaden, die sich aus einer nicht wirksamen bzw. schädlichen Psychotherapie und eventueller Folgetherapien ergibt (Schleu, 2012). Diese Zahlen und Überlegungen verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht um ein ‚unter ferner‘ laufendes Problem handelt, sondern dass wirklicher Handlungsbedarf vorhanden ist.

In der PP-Ausbildung gibt es einen signifikanten *Verfahrensunterschied* zwischen PD und VT bei der Anzahl als ungeeignet eingeschätzten ATN, was verschiedene Gründe haben kann. Einerseits können ATN, die sich für eine psychodynamische Ausbildung entscheiden, wirklich weniger geeignet sein für den Psychotherapeutenberuf. Im Sinne des ‚wounded healer‘-Konzeptes (siehe auch Strauß und Kohl, 2009) könnten sich mehr psychisch eingeschränkte Personen für die nach Ursachen fragenden psychodynamischen Verfahren entscheiden. Andererseits können die Anforderungen an die (personalen und Beziehungs-) Kompetenzen in der psychodynamischen Ausbildung höher bzw. komplexer sein, so dass mehr Kandidaten diesen Anforderungen nicht genügen. Nach Hoffman et al. (2008) bestehen in den psychodynamischen Verfahren (besonders in der Psychoanalyse) die stärkere Gefahr von Therapieschäden. Falls dies den Institutsleitern im Bewusstsein ist, kann daher die Aufmerksamkeit auf potentiell schädigende Ausbildungskandidaten stärker sein und die höhere Prozentzahl erklären. Des Weiteren kann aufgrund der längeren Tradition der psychodynamischen Ausbildungen und der durchschnittlich kleineren Institute (Strauß et al., 2009) der Fokus der Institutsleiter und der Lehrkräfte stärker auf mögliche Mangelneigung gerichtet sein. Auch hier ist weitere Forschung notwendig.

Die Befragung der Institutsleiter ergab weiterhin, dass die Verantwortung zur *Feststellung einer mangelnden Eignung* an vorderster Stelle beim Supervisor liegt und weiterhin bei Leitungspersonen, die in die theoretische bzw. praktische Ausbildung involviert sind. Zum einen stellen Personen mangelnde Eignung fest, die mit ihrer Funktion als *Supervisor* sowieso eine qualitätssichernde Funktion innehaben. Mit diesem Ergebnis wird die von vielen Seiten schon postulierte qualitätssichernde Funktion des Supervisors in der Ausbildung bestätigt (z.B. Borg-Laufs, 2005). Weiterhin wird vielfach die Supervision als der Ort angesehen, der eine hohe Bedeutsamkeit für das Erreichen der Ausbildungsziele und dem Fördern von wichtigen Kompetenzen hat (Laireiter & Botermans, 2005; Willutzki, 2005). Nach Bernard und Goodyear (2004) hat die Supervision klar auch einen bewertenden

Charakter und dient auch als Mittel, die Qualität der Psychotherapie am Patienten zu überwachen und als Türhüter für die Profession zu fungieren.

Auf der anderen Seite stellen *Leitungspersonen* mangelnde Eignung fest, somit Personen, bei denen viel Informationen über den Ausbildungsablauf und die Ausbildungsfälle zusammenlaufen. Die Eignungsfeststellungskompetenz über die Ausbildungs- bzw. Ambulanzleitung ist sicherlich auch so zu verstehen, dass diese einen Gesamteindruck von dem ATN bekommen durch diverse Kontakte in Ausbildungsveranstaltungen und zusätzlich bzw. vorrangig durch Austauschrunden mit den Supervisoren. Dies spiegelt sich auch in den offenen Antworten zur Frage nach der Eignungsfeststellung wieder, bei denen von den Institutsleitern häufig Ausschüsse und Konferenzen von Supervisoren als Feststellungsgremien genannt wurden. An dieser Stelle können die Ergebnisse der Befragung der Supervisoren und der Institutsleiter verknüpft werden: die kollegiale Zusammenarbeit, die von den Supervisoren als verbesserungswürdig benannt wurde, wird auch von den Institutsleitern als ein wichtiges Mittel zur Feststellung von mangelnder Eignung dargestellt.

Die *Selbsterfahrung* wurde im Vergleich zur Supervision nur von 37,9% der Institutsleiter zur Eignungsfeststellung genannt. Dies zeigt, dass die Selbsterfahrung nicht vorrangig eine bewertende Funktion haben sollte. Im Sinne der vielfachen Forderung nach einem non-reporting-System für die Selbsterfahrung (Laireiter, 2003; Walz-Pawlita et al., 2008) zeigt dieses Ergebnis auf der anderen Seite aber auch, dass sich mehr als ein Drittel der Institute wahrscheinlich nicht danach richten und auch Informationen über mangelnde Eignung aus der Selbsterfahrung an die entsprechenden Stellen weitergeben. Konkrete Daten hierzu fehlen jedoch. Hier besteht also weiterer Forschungs- und Regelungsbedarf zur Frage der Rolle der Selbsterfahrung bei der Feststellung mangelnder Eignung.

F.3.4.2. Maßnahmen bei festgestellter Nichteignung

Die *Maßnahmen*, die sich ergeben können bei festgestellter Eignung eines Kandidaten sind bei fast allen Ausbildungsinstituten Gespräche des ATN mit der Ausbildungsleitung sowie Gespräche mit dem Supervisor. Stellt der Supervisor die mangelnde Eignung fest, so sollte dennoch nach Aussagen der Institutsleiter die Ausbildungsleitung die erste Instanz sein, mit der ‚offizielle‘ Gespräche geführt werden. Die Inhalte möglicher Gespräche sind aus den offenen Antworten zu ersehen, die wohl aufgrund der Undifferenziertheit der vorgegebenen Antworten von mehr als einem fünftel genutzt wurden. Hier zeigt sich, dass im Sinne einer wohlwollenden, kompetenzfördernden Sicht häufig zunächst *Auflagen für die Kompetenzförderung* erteilt werden (mehr SE bzw. Eigentherapie; problemzentrierte Supervision) bis hin zu eingreifenden Maßnahmen wie der Entzug der Behandlungserlaubnis oder einer Kündigung.

Diese vorgeschlagenen Maßnahmen stehen im Einklang mit den schon von Reimer et al. (1998) empfohlenen bzw. den in den USA erarbeiteten ‚remediation plans‘ der APA. Reimer et al. (1998) schlugen die Vereinbarung von überprüfbaren Zielen vor, ohne jedoch auf

eventuelle Konsequenzen bei Nichterreichen einzugehen. In den Richtlinien der APA sind für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten sehr spezifische Schritte aufgestellt: von Empfehlungen für mehr Eigentherapie, über das Verringern der Fallzahlen bis hin zu konkreten Schritten, die zu einer Beendigung der Ausbildung führen (Elman et al., 2008; Lamb, Cochran & Jackson, 1991, zitiert nach Kaslow et al., 2007).

Vor einer *Kündigung des ATN* werden die meisten Ausbildungsinstitute aus mehreren Gründen zurückschrecken. Zunächst stehen damit für alle AINST immer finanzielle Einbußen durch den wegfallenden zahlenden ATN in Verbindung. Falls das AINST nicht wirtschaftlich sehr gut da steht, ist hier demnach aus rein ökonomischen Überlegungen heraus eine Empfehlung an den ATN, die Ausbildung aus Eignungsgründen zu beenden, nicht rational. Ähnliche ökonomische Hemmschwellen gibt es auf der Seite der ATN: zum Zeitpunkt der Feststellung einer mangelnden Eignung und des Durchlaufens von auferlegten kompetenzfördernden Maßnahmen werden die ATN bereits eine nicht unerhebliche Summe an das AINST gezahlt haben – mitunter haben die ATN die praktische Tätigkeit bereits absolviert mit den bekannten finanziellen Einschränkungen. Aus diesen Gründen spricht vieles für eine Verbesserung der Auswahlseminare (Kapitel F.3.4.4) sowie eine *zeitige auf die Überprüfung und Förderung von Kompetenzen ausgerichtete Ausbildung*. Dies wurde auch von einigen Institutsleitern empfohlen, und auch Autoren wie Ladany et al. (2005) plädieren dafür. Umsetzbar wäre dies über einen zeitigen Beginn der Selbsterfahrung zur Selbstprüfung der ATN sowie über früh eingesetzte Übungen zur Förderung und Prüfung der therapeutischen Basisvariablen, zum Beispiel in Rollenspielen mit Schauspielpatienten (z.B. Partschefeld, in Vorbereitung) oder analog zu einer OSCE-Prüfung in der medizinischen Ausbildung (Schultz et al., 2007).

Darüber hinaus muss auch bedacht werden, dass auch eine gute Ausbildung mit gut durchdachten qualitätssichernden Maßnahmen *nicht garantieren* kann, nur ATN zur Approbation zu bringen, die auch wirklich ausreichend und vor allem fortwährend kompetent sind, wie auch Pfäfflin und Kächele (2002) anmerken.

Weitere mögliche Maßnahmen bei spät in der Ausbildung „entdeckten“ ATN mit Kompetenzproblemen ist eine *Verpflichtung zu engmaschiger Supervision* (über die ‚normale‘ Supervision hinaus) *nach der Approbation*. So könnten die AINST ihrer Qualitätsverpflichtung nachkommen, ohne die schwerwiegende Entscheidung zur Kündigung bei fortgeschrittener Ausbildung fällen zu müssen. Ob im Rahmen einer Neureformierung des Psychotherapiegesetzes auch rechtliche Wege einer *eingeschränkten Approbation* bei Zweifel an der (dauerhaften) Eignung möglich sind, muss von verschiedenen Fachgremien und rechtlich fachkundigen Personen eruiert werden. Möglichkeiten wären hier zum Beispiel eine zeitliche Einschränkung mit erneuter Ablegung einer praktischen Prüfung, oder eine Einschränkung auf die Arbeit in supervidierenden Teams bzw. auf bestimmte [einfachere] Störungsbilder.

**a. Umgang mit mangelnder Eignung in Selbsterfahrung und Supervision
(qualitative Ergebnisse)**

Da im Fokus dieser Arbeit die Kompetenzentwicklung und –sicherung durch die Ausbildungsbausteine Selbsterfahrung und Supervision stehen, wurden die Antworten der SEL und Supervisoren nochmals spezifisch nach der Frage untersucht, welche Probleme bzw. vor allem Verbesserungsvorschläge die Lehrkräfte für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten aufführen. Die *relative Häufigkeit* der Antworten zu diesem Thema war gering, was darauf schließen lässt, dass dies bislang kein sehr vordringliches Thema in der Ausbildung war. Eine relative Häufigkeit von 2,5-6,0 % der offenen Antworten von Supervisoren bzw. Selbsterfahrungsleitern zu Problemen und Verbesserungsvorschlägen für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten stimmt mit den Angaben der Institutsleiter zur Häufigkeit von ungeeigneten ATN überein (im Durchschnitt 4-5%). Auf der anderen Seite muss leider auch davon ausgegangen werden, dass das Thema der mangelnden Eignung bislang vielfach verleugnet und bagatellisiert worden ist, wie auch Pfäfflin und Kächele (2001) meinen.

Bei den Problemen in der *Selbsterfahrung* wurden die meisten Nennungen zu dem Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und dem Entdecken mangelnder Eignung gemacht. Als Verbesserungsvorschläge wurden hier passend zu diesem sicherlich nur schwer bis überhaupt nicht auflösbaren Spannungsfeld vor allem die *bessere Selektion der ATN* genannt, die in Kapitel F.3.4.4 ausführlich diskutiert wird. Als Alternative zu einer verbesserten Selektion wurde auch eine *vorverlagerte Selbsterfahrung vor Beginn der Ausbildung* genannt oder ein sehr zeitiger Beginn der Selbsterfahrung innerhalb der Ausbildung. Die Beschreibung des Spannungsfeldes spiegelt das in Deutschland überwiegende non-reporting-System in der *Selbsterfahrung* wider, welches auch sicherlich immer Teil der Ausbildung bleiben wird. Die Vorschläge zu einer *vorverlagerten Selbsterfahrung vor Beginn der Ausbildung* stimmen mit den Überlegungen zum französischen Modell der Psychotherapieausbildung überein. Dieses Modell hat den Vorteil der schon bewältigten Eigenanalyse, es wird jedoch aufgrund der Verlängerung des Zeitraumes bis zur Approbation unter anderem von Kernberg (2000) kritisiert. Empfehlungen für eine *zeitige SE innerhalb der Ausbildung* kommen unter anderem auch von Ladany et al. (2005). Hier könnten beispielsweise auf Basis eines umfangreichen Auswahlprozesses Kompetenzprofile erstellt werden, die in der kurz darauf beginnenden SE und SV bearbeitet werden (siehe auch Kapitel F.3.4.4). Des Weiteren wurde als Problembereich geäußert, dass es bislang keine *klaren Kriterien für den Ausbildungsabbruch* von Ausbildungsteilnehmern gibt. Dazu kann die Auswertung der Aussagen der Institutsleiter zu Kriterien mangelnder Eignung beitragen (siehe Kapitel E.3.5) sowie die dazu gehörige Diskussion in Kapitel F.3.4.3. Wie auch schon Reimer et al. (1998) schreiben, ist der SEL trotz des non-reporting-Systems verpflichtet, kritische Eigenschaften oder Entwicklungen mit dem ATN zu besprechen und innerhalb des Selbsterfahrungskontextes

Veränderungsimpulse zu setzen und diese auch zu überprüfen. Das Festlegen von Kriterien mangelnder Eignung, wie es auch von einigen SEL gefordert wurde, kann den SEL auch helfen, ihre Aufmerksamkeit und Interventionen auf eventuell problematische Bereiche zu fokussieren. Weiterhin kann die Selbsterfahrung der Ort sein, an dem festgestellte Kompetenzmängel bearbeitet und Kompetenzen spezifisch gefördert werden sollen, wenn Mängel in anderen Ausbildungsbestandteilen, besonders in der Supervision, festgestellt wurden.

Für den Umgang mit problematischen Ausbildungsteilnehmern wurden im Bereich der *Supervision* als Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten genannt,

- dass es keine Strukturen gibt für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten,
- dass es keine Kriterien für eine ausreichend gute Patientenbehandlung durch die ATN, d.h. keine Kriterien für psychotherapeutische Kompetenzen, die im Verlauf einer Ausbildung gezeigt werden müssen und
- dass es an Vernetzung unter den Supervisoren zum Austausch über die ATN fehlt.

Die SV als „Herzstück“ (Frank, 1998) der Psychotherapieausbildung hat nicht nur einen kompetenzfördernden, sondern auch einen klar bewertenden und kompetenzprüfenden Charakter (Bernard & Goodyear, 2004; Milne, 2006). Dass dieser Umstand auch diffizil bis konfliktreich sein kann, kommt in den Aussagen der Supervisoren zu Tage und wird von Kahl-Popp (2007) auch als „pädagogischer Konflikt“ bezeichnet (S. 231). In der Supervision muss der ATN zeigen, dass er auch mit eventuellen Kompetenzmängeln in der Lage ist, gute Psychotherapien durchzuführen. Sollte sich zeigen, dass der ATN dazu nicht in der Lage ist, sollte auch die Supervision der Ort sein, in der diese Problematik vom Supervisor angesprochen wird und nach Angaben der Institutsleiter zu Gesprächen mit der Institutsleitung führt.

Als klare *Strukturen für den Umgang mit als ungeeignet eingeschätzten ATN* für den spezifischen Bereich der Supervision gilt vor allem, dass die Supervisoren bei Zweifeln an der Eignung den Instituts- bzw. den Ambulanzleitern darüber Signale geben. Die könnten zur Konsequenz haben, dass die Patientenfallzahl reduziert wird und für die noch zu behandelnden Fälle engmaschigere Supervision durchgeführt wird. Dann könnten spezifische Ziele für die Kompetenzförderung gemacht werden, in dem die Mangelbereiche konkret benannt werden und Erwartungen über das Ausmaß und den Zeitrahmen der Verbesserung diskutiert werden (Kaslow et al., 2007; Johnson et al., 2008). Im Rahmen der Supervision können diese angestrebten Veränderungen mit den sonst auch verwendeten Mitteln der Supervision versucht werden zu erreichen, nur mit dem spezifischen Fokus auf den Kompetenzdefiziten. Es könnten Fallkonzeptualisierung durch Besprechung der theoretischen Konzepte am konkreten Fall durchgeführt werden (Newman, 2010; Sarnat, 2010), fokussierte Reflexionen des eigenen Handelns (Bennett-Levy & Beedie, 2007) oder hochspezifisches Feedback gegeben werden (Newman, 2010). Voraussetzung für all diese

„remediation“-Ansätze ist vor allem eine vertrauensvolle Supervisor-Supervisand-Beziehung, in der der Supervisor dem Supervisanden wohlwollend und unterstützend gegenübertritt und Interesse und Zuversicht für die Behebung der (momentanen) Kompetenzprobleme ausdrückt (Johnson et al. 2008; Kaslow et al., 2007).

Der weitere Vorschlag der *Kriterien für eine ausreichend gute Patientenbehandlung* kann eine sehr wichtigste Voraussetzung für den Umgang mit ATN, die Kompetenzmängel aufweisen, sein. Hier ist ein profundes Wissen über Ergebnisse der Psychotherapieergebnis- und -prozessforschung notwendig, um auf dem aktuellsten Stand von Kriterien für eine erfolgreiche Psychotherapie zu sein. Die erstellten Kompetenzbereiche (siehe Kapitel E.4./F.3.3.1) können für die Beurteilung der Patientenbehandlungen ein erster Anhaltspunkt sein. Messinstrumente zu psychotherapeutischen Kompetenzen existieren bereits auch für die verschiedenen Vertiefungsverfahren: die Cognitive therapy Scale-Revised (CTS-R; Blackburn et al., 2001; deutschsprachig: Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010), der Beobachtungsbogen zur Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen (Langer & Frank, 1998) und die Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste (VTKC; Linden & Langhoff, 2010).

Die Kriterien für mangelnde Eignung, die im Rahmen dieser Arbeit entstanden sind, können als Gegenpunkt zu einer guten Patientenbehandlung ebenfalls hilfreich sein. Wissenschaftlich operationalisierte Hilfsmittel für die Bestimmung von Mängeln in der psychotherapeutischen Arbeit sind bereits vorhanden, wie zum Beispiel Skalen zur Beurteilung der Prozessqualität von Psychotherapien, im speziellen die Vanderbilt Skala zu negativen Indikatoren in der Psychotherapie (VNIS, Gomes-Schwartz, 1978, zitiert nach der deutschen Übersetzung von Strauß, Strupp, Borgmeier-Lohse, Wille & Storm, 1992). Damit wäre eine objektive Einschätzung der therapeutischen Qualität und des Ausmaßes und den Verlauf von therapeutischen Fehlern möglich. Die Schulungen der Supervisoren zum Beurteilen von aufgezeichneten Sitzungen mit diesem Verfahren könnten gleichzeitig zum gegenseitigen Austausch über die jeweiligen therapeutischen und supervisorischen Stile genutzt werden. Hier wurde eine zu große Heterogenität oder zumindest ein zu geringer fachlicher Austausch darüber oft als problematisch eingeschätzt (Kapitel F.3.1.2). Auch die Dissertationsarbeit von Domma (2007) unterstützt den Qualitätssicherungsansatz der Auswertung von Videoaufnahmen der Ausbildungstherapien. Sie zeigte, dass neben den Beurteilungen der ATN durch die Supervisoren auch die Zufriedenheitseinschätzungen der Patienten und Kompetenzbeurteilungen durch externe Beurteiler einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von therapeutischer Expertise leisten können.

Der letzte Punkt, der von den Supervisoren als Kritikpunkt bzw. als Verbesserungsvorschlag für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten genannt wurde, war die *koordinierte Vernetzung unter den Supervisoren* zum Austausch über die ATN. Um die Ausbildung und die Supervision im speziellen auch als ‚Türhüter‘ in die Profession fungieren lassen zu

können, müssen von Seiten der Prozessqualität Möglichkeiten des Austausches der Supervisoren untereinander vorgesehen sein. Dieser Austausch hat einmal die Funktion,

- sich über allgemeine Probleme in der Ausbildung auszutauschen,
- aber auch speziell um Informationen aus dem theoretischen Unterricht weiterzugeben im Sinne einer besseren Integration in die Gesamtbildung,
- um sich über Stile und Methodiken der Supervision auszutauschen,
- und schlussendlich um sich über die Kompetenzentwicklung der ATN auszutauschen, verschiedene Perspektiven (Seminare, Übungen, Supervision) einzuholen und
- falls notwendig, Maßnahmen zu besprechen.

Diese regelmäßigen Treffen werden zum Beispiel auch von Kuhr (2005) oder auch schon von Reimer et al. (1998) gefordert.

Insgesamt basieren diese Ergebnisse jedoch auf einer sehr kleinen Stichprobe von Supervisoren und SEL. Sie können damit nur explorativen und vorläufigen Charakter haben und müssen in weiteren Studien bestätigt, erweitert oder differenziert werden.

F.3.4.3. Kriterien mangelnder Eignung

Die über die qualitative Inhaltsanalyse aus den Antworten der Institutsleiter extrahierten Kriterien für mangelnde Eignung umfassen ein breites Spektrum an Eigenschaften, die sowohl Eigenschaften betreffen, die schon vor Beginn der Ausbildung sozusagen „feststehen“, wie das Alter/die Lebenserfahrung oder Maße der Intelligenz und Grundqualifikation, als auch Eigenschaften, die sich erst im Laufe der beginnenden therapeutischen Tätigkeit herausstellen können.

Die mit Abstand häufigsten Einzelkategorien mangelnder Eignung waren nicht bearbeitete Störungsanteile bis hin zu manifesten psychischen Störungen (z.B. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder Substanzabhängigkeit), mangelnde Interaktionskompetenz (Unfähigkeit, eine therapeutische Beziehung aufzubauen), mangelnde Selbstreflexionsfähigkeit sowie Empathiemängel.

1. *Psychische Störungen* werden konkret in der Literatur zu negativen Therapeuteneigenschaften nicht genannt. Es werden aber sozusagen Symptome von psychischen Störungen wie Feindseligkeit oder die Schwierigkeit, Kritik, negative Emotionen zu tolerieren (Castonguay et al., 2010), aufgezählt. Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz (1977) zählen zum Beispiel Narzissmus als Persönlichkeitsfaktoren von Therapeuten auf, die mit negativen Therapieeffekten assoziiert sind. Auch Horwitz (2000) zeigte, welche schädigenden Effekte eine mehr oder weniger stark ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsstruktur von Psychotherapeuten als Leiter in Gruppenpsychotherapien haben können. Weitere Studien zur Auswirkung dieser Persönlichkeitsstörung bzw. von anderen psychischen Störungen auf den Therapieprozess sind notwendig, um den Handlungsbedarf darzustellen.

2. Eine *schwache therapeutische Beziehung* bzw. feindselige, kontrollierende, wenig autonomie-bestärkende Haltungen gegenüber dem Patienten und ein inadäquates Management von Übertragung und Gegenübertragung werden von Castonguay et al. (2010) als schädigend für den Therapieerfolg angesehen. In den letzten Jahrzehnten sind viele Prozessstudien durchgeführt wurden, die auf die große Bedeutsamkeit der Qualität der therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer Therapie hingewiesen haben (z.B. Horvath & Symonds, 1991, zitiert nach Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath, Del Re, Flückinger & Symonds, 2011; Lambert, 2004; Horvath & Bedi, 2002). Die Fähigkeit, eine Bindung zum Patienten aufzubauen, mit ihm gemeinsam Ziele zu erarbeiten, diese gemeinsam zu verfolgen und Aufgaben in oder außerhalb der Therapie zu bewältigen, die zum Erreichen von Therapiezielen dienen (Bordin, 1979), scheint die Basis für alle Vorgänge in der Therapie zu sein, ohne die jegliche noch so gut vorbereitete therapeutische Methodik nicht wirksam ist (Sperry, 2010). Hier muss in der Psychotherapieausbildung ein starker Fokus gelegt werden, sowohl in der Entwicklung der Fertigkeiten zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung einer hilfreichen Arbeitsbeziehung, als auch im Erkennen von Schwächen in dieser Fertigkeit. Überlegungen zu *Trainingsmaßnahmen zur therapeutischen Beziehungsfertigkeit* existieren bereits einige, vor allem von Clara Hill (Hill et al., 2007a; Hill & Knox, 2009), aber auch z.B. von Crits-Cristoph et al. (2006) oder Hilsenroth, Ackermann, Clemence, Strassle & Handler (2002). Die Resultate der Studien sind erfolgsversprechend, so dass diese Kompetenzvariable gut in der Psychotherapieausbildung trainiert werden kann.
3. Ein weiteres Kriterium für mangelnde Eignung ist aus Sicht der Ausbildungsleiter eine mangelnde *(Selbst-)Reflexionsfähigkeit*. Theoretische Überlegungen von Brühlmann-Jecklin (2002) bestätigen diese Sichtweise. Die Autorin bezeichnet mangelnde Selbstreflexivität sogar als die Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. Weitere Autoren betonen die Wichtigkeit von Reflektivität in der Psychotherapie als Kernvariable (Bennett-Levy et al, 2003). Für den Faktor „therapeutische Beziehung“ wird die Eigenreflexion und eine reife Persönlichkeit sogar als Voraussetzung angesehen (z.B. Wiseman & Shefler, 2001). Empirische Studien liegen bislang noch nicht in direkter Form vor. Indirekte Effekte auf den Therapieerfolg kann eine geringe Selbstreflexivität dadurch haben, dass sie sich negativ auf die Stressbewältigungsfähigkeiten des Therapeuten auswirkt (Norcross, 2000) und besonders problematisch bei Patienten aus anderen Kulturen, anderem Geschlecht, oder sozioökonomischem Status (Baker, 1999) sein kann. Die Vermutung liegt nahe, dass eine geringe Introspektionsfähigkeit ein Symptom, eine Ursache bzw. eine Art Mediatorvariable von einigen schädlichen Therapeuteneigenschaften (feindselige oder dominante Haltung), von schlechter therapeutischer Technik (zu starke Betonung von Übertragungsdeutungen) und einer schwachen therapeutischen Beziehung sein kann. Hier ist jedoch zur Klärung

dieser Vermutungen noch weitere Forschung notwendig. *Ansätze zur Förderung der Selbstreflexivität* sind zum Beispiel Tagebuchverfahren/reflektierendes Schreiben (Bennett-Levy, 2006; Haarhoff, Gibson & Flett, 2011; Thiele, Laireiter, & Baumann, 2002) oder ‚self-practice/self-reflection‘ als spezifisches Element der (verhaltenstherapeutischen) Selbsterfahrung.

4. Die Wichtigkeit von *Empathie* oder ‚empathic engagement‘ im Therapieprozess zur Bildung von hilfreichen therapeutischen Beziehungen wird vielfach betont (z.B. Angus & Kagan, 2007; Evans-Jones, Peters & Barker, 2009). Nach Rogers (1975) ist die therapeutische Empathie die Fähigkeit a) akkurat den internalen Referenzrahmen des Patienten wahrzunehmen und sich darauf einzustellen und b) dieses Verständnis dem Patienten angemessen und effektiv zu kommunizieren (eigene Übersetzung, zitiert nach Angus & Kagan, 2007). Somit ist neben dem empathischen Verständnis auch der Aspekt der Kommunikationsfähigkeit wichtig. Der Aspekt der Empathie wird von einigen Autoren als der zentrale Mechanismus zur Heilung angesehen (Kohut, 1977, zitiert nach Wynn & Wynn, 2006) bzw. als ein wesentlicher Aspekt einer guten therapeutischen Beziehung (Duan & Hill, 1996). Damit hängt die Fähigkeit des Therapeuten zum empathischen Einfühlen auch mit dem Therapieerfolg zusammen (Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994, zitiert nach Angus & Kagan, 2007). Ein Mangel an Empathie wird auch explizit in verschiedenen ‚Listen‘ zu therapeutenseitigen Prädiktoren für negative Therapieeffekte genannt (z.B. Mohr, 1995). Überlegungen zu *Trainingsmaßnahmen zur Erhöhung der Empathiefähigkeit* existieren in der Literatur. Angus & Kagan (2007) betonen vor allem die empathische Supervisor-Supervisand-Beziehung als Wirkfaktor für die Entwicklung von Empathie. Hill und Lent (2006) geben einen Überblick über Empathie-Trainings und resümieren mit Matarazzo (1971; zitiert nach Hill & Lent, 2006), dass Empathie auch erlernbar und trainierbar ist. Auch eine norwegische Studie zeigt die Trainierbarkeit von Empathie, schränkt allerdings ein, dass Trainingsprogramme sich darauf einstellen müssen, dass das Erlernen von Empathie kein leichter Prozess ist (z.B. im Vergleich zu anderen Skills). Eher ist es ein komplexer, mühevoller und mit viel Anstrengung und Problemen verbundener Prozess (Nerdrum & Ronnestad, 2002). Hier fehlen noch weitere Forschungsbemühungen, die den Prozess des Erlernens von Empathie und seine Bedingungen untersuchen und für die Ausbildungspraxis Empfehlungen geben.

Strukturelle Eigenschaften wie Zugangskriterien, Alter oder Motivation der Therapeuten wurden nur von einem geringen Teil der Institutsleiter genannt. Dies stimmt mit der Literatur überein, da in Aufzählungen von therapeutenseitigen Prädiktoren von therapeutischem Misserfolg diese auch nicht vorkommen (z.B. Hoffmann et al., 2008).

Bei der Benennung von Bereichen der Kompetenz, die bei vorhandenen Mängeln potentiell als schwerwiegend gelten für die Durchführung von Psychotherapie, überwiegen die *personalen Kompetenzbereiche*. Dies stimmt mit der bisherigen Forschung überein, da in den Aufzählungen von therapeutenseitigen Ursachen von negativen Therapieeffekten häufig personale und Beziehungsvariablen auftauchen (Mohr, 1995; Hoffmann et al., 2008). Dies würde einerseits dafür sprechen, einen stärkeren Fokus auf die Auswahlverfahren zu legen bzw. auf das Erkennen und ‚Entlassen‘ von ATN, bei denen im Verlauf der Ausbildung diese Kriterien festgestellt werden. Andererseits sollte die Erkenntnis der Wichtigkeit von personalen und interpersonalen Faktoren in der Psychotherapie einen in Zukunft stärkeren Fokus auf die gezielte Schulung von diesen Kompetenzen in der Ausbildung bedeuten. Weiterhin fällt auf, dass im Gegensatz zur häufigen Nennung von fachlich-konzeptuellen Kompetenzen, diese Aspekte bei Kriterien mangelnder Eignung (z.B. rigide Anwendung von Methoden, falsche Diagnostik) wesentlich seltener genannt wurden. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Institutsleiter auf die Wirksamkeit ihrer Ausbildungsmaßnahmen für fachlich-konzeptuelle Kompetenzen vertrauen. Dahingegen setzen sie vielleicht weniger Vertrauen auf die Ausbildungsmaßnahmen, die die eher komplexer und schwieriger zu trainierenden personalen (und beziehungsorientierten) Kompetenzen zum Inhalt haben. Wie schon betont, besteht hier demnach Forschungs- und Handlungsbedarf zu Trainingsmaßnahmen im personalen und interpersonalen Bereich.

Weiterhin zieht das Betrachten der Kriterien zur mangelnden Eignung die Frage mit sich, welche der genannten Kriterien das Potential zur ‚remediation‘, also zur Veränderung und Einflussnahme innerhalb der Ausbildung, beinhalten und welche dieses Potential eher nicht haben. Nach letzteren sollte dann in den Auswahlseminaren ‚gescreent‘ werden (siehe Diskussion in Kapitel F.3.4.4).

F.3.4.4. Auswahlverfahren

Die Ergebnisse der Befragung der Institutsleiter zu bevorzugten Auswahlverfahren zeigten, dass mehr als drei viertel sich für Bewerberinterviews aussprechen. Etwas weniger als zwei Drittel sprachen sich für die Auswahl nach einer Kombination von formalen Kriterien (z.B. voriger Berufsabschluss) und inhaltlichen Kriterien (z.B. Nachweis absolvierter inhaltlicher Kriterien) aus. Durch die Möglichkeit zur Mehrfachnennung ist die dritthäufigste Auswahlverfahrensmöglichkeit (etwas mehr als die Hälfte) die Kombination der Prüfung der inhaltlichen und formalen Kriterien mit einem Bewerberinterview, was als aufeinander folgende Schritte interpretiert werden kann.

Im Sinne einer Auswahl nach Kompetenzen ist der relativ hohe Anteil an Institutsleitern, die sich für ein Bewerberinterview aussprechen, als sehr positiv zu bewerten. Der Anteil der Institutsleiter, die sich die Bewerber laut Angaben gar nicht persönlich anschauen möchten (nur formal und/oder inhaltliche Kriterien) ist gering. Für die Zukunft und im Sinne einer von Beginn an auf den drei Kompetenzbereichen (Kapitel F.3.3) basierenden Ausbildung ist jedoch wünschenswert, dass dieser Anteil ganz verschwindet.

Zu den *inhaltlichen und formalen* Kriterien der Bewerberauswahl gab es im Rahmen der Erhebungen zum Forschungsgutachten von verschiedenen Seiten Stellungnahmen. Im Forschungsgutachten wurde auf Basis der Erhebungen die Notwendigkeit eines Masterabschlusses als Zugangsvoraussetzung empfohlen (Strauß et al., 2009). Auch der Reformvorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2010a, 2010b, 2010c) plädiert für einen Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung.

Da nach dem Wegfall bundesweit verbindlicher Rahmenstudien- und Prüfungsordnungen ein bestimmter Studienabschluss (z.B. Psychologie, Pädagogik) kein Garant für umschriebene, im Studium erworbene fachliche Kompetenzen mehr sind, beschreibt sowohl die Gutachtergruppe (Strauß et al., 2009) als auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2010c) Kompetenz- bzw. Kenntnisbereiche, die als Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung vorgewiesen werden müssen. Diese Bereiche müssen im Sinne der Kompetenzdefinition fast ausschließlich dem Bereich der fachlich-konzeptuellen Kompetenzen zugeordnet werden. Für den Bereich der personalen und interpersonellen Kompetenzbereiche wurde von der BPtK bzw. von der Gutachtergruppe kein Vorschlag gemacht. Hier besteht die Frage, ob und inwieweit diese Kompetenzbereiche vor Ausbildungsbeginn überprüft werden müssen bzw. werden können.

In diesem Zusammenhang stellen sich Pfäfflin und Kächele (2005, S. 481) die Frage, *ob auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden sollen*. Sie schlussfolgern, dass „einzelne Therapeuten sicher unbehandelbar [sind], und [es sich] insofern lohnt [...], rechtzeitig zu diagnostizieren und gegebenenfalls auch noch später zu intervenieren, wenn die Pathologie bei Erstdiagnostik noch nicht hinreichend erkannt worden ist“. Im Einklang mit den vorliegenden Ergebnissen der Institutsleiter schließen Pfäfflin und Kächele (2005, S. 481) weiter, dass „formale Diagnostik von Therapeuten, zum Beispiel im Kontext von Interviews bei der Zulassung zur Ausbildung, [...] ein sinnvoller [...] Filter [ist]“. Sie warnen jedoch vor der Illusion, dass „der Berufsstand der Psychotherapeuten ganz generell vor Versagern oder Querschlägern zu schützen“ ist (Pfäfflin & Kächele, 2005, S. 473).

Psychotherapie geht davon aus, dass Kompetenzen im Verlauf einer Therapie verbessert und gefördert werden können. Auch in der Ausbildung sind Bausteine verankert, wie die Selbsterfahrung, die zum Erkennen eigener „blinder Flecken“ (z.B. Kompetenzdefizite) und zum Bearbeiten von zuvor unbewussten Konflikten dienen soll. Dennoch sollte die Ausbildung nicht die Funktion einer Psychotherapie von schwerwiegenderen Störungen haben sollte, sondern maximal Eigentherapiebedarf feststellen und weiter verweisen. Es liegt in der Expertise der Ausbildungsstätte, zu unterscheiden, inwieweit das vorhandene Level an (personellen und interpersonellen) Kompetenzen ausreichend ist zur Förderung mit den vorhandenen Ausbildungsbausteinen oder ab wann in einem Auswahlverfahren selektiert werden muss. In Tabelle F.3-2 wurde versucht, eine Zuordnung zu treffen - auf

der Basis von eigenen Plausibilitätsüberlegungen bzw. in Kapitel F.3.4.3 aufgeführten Überlegungen zu Trainingsmöglichkeiten von Kompetenzen.

Tabelle F.3-2: Einordnung der Bereiche mangelnder Kompetenz in förderbar oder auswahlnotwendig

Oberkategorien	Einzelkategorien	Kompetenz- ebenen	Auswahlverfahren?/ Förderung?
Fachkompetenz	Mangelndes fachliches Wissen	fachlich-konzeptuell	Förderung und Auswahlverfahren (siehe BPtK, 2010)
	mangelnder Transfer	fachlich-konzeptuell	Förderung
Zugangsvoraussetzungen	Mangelnde Qualifikation vor Ausbildungsbeginn	fachlich-konzeptuell	Auswahlverfahren (siehe BPtK, 2010)
Beziehungskompetenz	Fehler im Umgang mit Patienten	interpersonal/ fachlich-konzeptuell	Förderung
	Mangelnde Interaktionskompetenz	interpersonal	Auswahlverfahren/ Förderung
personale Kompetenz	Mangelnde emotionale Intelligenz	interpersonal	Auswahlverfahren/ Förderung
	Empathiemangel	personal	Auswahlverfahren/ Förderung?
	Mangelnde Introspektions-/ Reflexionsfähigkeit	personal	Auswahlverfahren?/ Förderung?
	Mangelnde Selbstorganisation	personal	Auswahlverfahren?/ Förderung?
	nicht bearbeitete eigene Störungsanteile – psychische Störungen	personal	Auswahlverfahren/ Eigentherapieempfehlung
	(ideologische) Rigidität	personal	Auswahlverfahren
	Geringes Lern-/Änderungspotential	personal	Auswahlverfahren?/ Förderung?
	Mangelnde verbale/ allgemeine Intelligenz	personal	Auswahlverfahren
Alter/Lebenserfahrung	Zu geringe(s) Alter/Lebenserfahrung	personal	Auswahlverfahren
Motivation	fragliche Motive	personal	Auswahlverfahren
sonstiges	Zulassungs-/Auswahlverfahren ausreichend gut	personal	-

Wenn die relative Häufigkeit der durch die Institutsleiter genannten Kriterien mangelnder Eignung (siehe Kapitel E.3.5) als Maß für deren Wichtigkeit angenommen wird, so müssten nur Kriterien der personalen Kompetenz und der Beziehungskompetenz überprüft werden (und die gesetzlich vorgegebenen Bestimmungen zur beruflichen Grundqualifikation). Auf Basis der Zuordnung von Tabelle F.3-2 müssten folglich folgende Aspekte in den Auswahlverfahren berücksichtigt werden:

- berufliche Qualifikation (gesetzliche Bestimmungen)

- Interaktionskompetenz
- Empathiefähigkeit
- Introspektions-/Reflexionsfähigkeit
- unbearbeitete Störungsanteile/psychische Störungen

Wie in Kapitel F.3.4.3 dargestellt, existieren jeweils bereits Ansätze zur Förderung dieser Variablen. Nach der bisherigen Literatur erscheint die Förderung der Empathiefähigkeit am aufwendigsten (Nerdrum & Ronnestad, 2002), so dass bei Auswahlverfahren neben den beruflichen Qualifikationen (fachlich-konzeptuelle Kompetenz) vor allem auf diesen Aspekt geachtet werden sollte sowie auf das Vorhandensein von gravierenden psychischen Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen).

Nach eigenen Recherchen existieren keine oder zumindest keine veröffentlichten Kriterienlisten für Bewerberinterviews der Psychotherapieausbildungsinstitute oder der Fachverbände. Hier ist also Handlungsbedarf vorhanden, zum Beispiel auf der Ebene der Fachverbände oder der Bundespsychotherapeutenkammer konsentierende Kriterien zu erstellen sowie geeignete Erfassungsmethoden.

Als ‚sonstige‘-Möglichkeiten der Auswahlverfahren beschrieben die Institutsleiter Assessment Center mit praktischen Übungen, Workshops und Gruppengesprächen/ gruppendynamische Übungen (Kapitel E.3.4). Analog zur OSCE-Prüfung in der medizinischen Ausbildung oder einer Lehrprobe in der Lehrerbildung könnten zur Einschätzung von basal vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten Gespräche mit Schauspielpatienten bzw. Rollenspiele denkbar. Weiterhin sind Übungen mit standardisierten Patienten (Partschefeld, in Vorbereitung) denkbar, die nach entsprechendem Feedbackrunden nochmals durchgeführt werden könnten. Dadurch könnten Auswahlverfahren mit einer Einschätzung der Lernfähigkeit, Empathiefähigkeit und Reflexionsfähigkeit verbunden werden.

Diese Vorschläge stimmen mit einer richtungsweisenden Untersuchung überein, die an der Universität Osnabrück von Eversmann (2008) durchgeführt wurde. Sie führte Gruppendiskussionen als Bewerberinterviews durch und prüfte die *Prospektivität dieses Auswahlverfahrens* für den Erfolg in der Ausbildung (Eversmann, 2008; Eversmann, Schöttke, Wiedl & Rodner, 2011). Sie zeigte, dass „diejenigen Ausbildungskandidaten, die bereits im Auswahlverfahren [...] als weniger geeignet eingeschätzt wurden, sich im Verlaufe der Ausbildung weniger kooperativ in Verwaltungsangelegenheiten zeigten, von ihren Supervisoren als weniger therapeutisch kompetent eingeschätzt wurden, sowie zum Abschluss ihrer Ausbildung weniger reguläre Therapiebeendigungen aufwiesen“ (Eversmann, 2008, S. 179). Die bei Eintritt in die Ausbildung gemessenen interpersonalen Verhaltensweisen sind nach mehreren Jahren Ausbildung noch prädiktiv für die psychotherapeutischen Kompetenzen. Dieses Ergebnis muss noch von weiteren Längsschnittstudien bestätigt werden. Dennoch deuten die Befunde auf die Wichtigkeit der schon zu Beginn der Ausbildung bestehenden Kompetenzen hin und sind damit ein Hinweis

auf die Wichtigkeit valider Einschätzungen von interpersonalen Verhaltensweisen zu Beginn der Ausbildung (siehe auch Caspar, 2008; Caspar & Eversmann, 2009). Wie jedoch auch Eversmann (2008) plädieren auch verschiedene andere Autoren für die Betrachtung des Eignungs-Kompetenzbegriffes aus einer *dynamischen Entwicklungsperspektive* (Buchholz, 2007; Ronnestad & Skovholt, 2003). Damit ist eine Tendenz zu noch strengeren Auswahlverfahren mit Vorsicht zu genießen, da dann der Entwicklungsmöglichkeit von Kandidaten und schlussendlich der gesamten Ausbildung kein Raum zugestanden wird. Eversmann (2008) resümiert, dass den Auswahlverfahren ohnehin eine hohe ‚natürliche Selektion‘ vorausgeht. Dies zeigen auch Studien von Orlinsky und Ronnestad (2005) für den Bereich der interpersonalen Fertigkeiten oder Pauza, Möller, Benecke, Kessler und Traue (2010; zitiert nach Stippler, 2011) für den Bereich der Emotionserkennung. Die Antworten der Institutsleiter sowie die Überlegungen zur Entwicklungsperspektive sprechen für die Durchführung von detaillierten Auswahlverfahren, die aber dann eher als „Modifikationsinstrument“ genutzt werden sollten. Auf deren Basis könnten Profile der ATN mit Stärken und Schwächen im verschiedenen Kompetenzbereichen erstellt werden, woraus individuelle Fördermaßnahmen abgeleitet werden könnten (Eversmann, 2008; S. 179).

Zusammenfassend scheint die intensivere Einschätzung der Bewerber zu Beginn der Ausbildung sinnvoll und aufgrund der Befundlage zu den zu entwickelnden Kompetenzen bzw. Mangelkriterien folgerichtig. Hier sollte der Fokus darauf liegen, Bewerber auf wirklich kritische Eigenschaften hin einzuschätzen, die für den gesamten Ausbildungsverlauf schädlich und nicht mehr aufholbar/trainierbar sind (z.B. grobe Mängel in der Empathiefähigkeit, Persönlichkeitsstörungen). Das nachgeordnete Ziel von Bewerberinterviews sollte die Erstellung eines Kompetenzprofils als Basis für individuelle Schwerpunkte in der Ausbildung sein. Insgesamt ist hier jedoch noch mehr Forschung zu den Fragen notwendig, welche Eigenschaften wirklich gute Prädiktoren für den Therapieerfolg sind, welche Eigenschaften beim Therapeuten so schwerwiegend sind, dass sie für eine Selektion sprechen und welche Kompetenzmängel aufholbar bzw. kompensierbar sind, wie auch Vogel und Alpers (2009) oder Caspar (2009) anmerken.

Weiterhin sprechen sich Rindermann & Oubaid (1999) oder Hill und Lent (2006) dafür aus, dass Überlegungen für verbesserte Auswahlverfahren nicht gleichzeitig dazu führen dürfen, dass die Qualität und die Bedingungen der Ausbildung nicht mehr thematisiert werden. An beiden Schrauben muss angesetzt werden, wenn man davon ausgeht, dass nicht nur die ‚Input‘-Faktoren wichtig sind, sondern die Ausbildung auch wirklich Effekte auf die ATN hat: „If student input factors alone were sufficient to explain therapist effectiveness, the magic of training would essentially be reduced to admitting the “best” students and polishing the skills they already have [...], rather than troubling to teach them new skills“ (aus Hill & Lent, 2006).

F.3.5. Zusammenfassende Darstellung

Aufgrund der Fülle von Ergebnissen zu dem komplexen Thema der Kompetenzentwicklung und -sicherung in Supervision und Selbsterfahrung, werden die Erkenntnisse aus den Ergebnissen und der Diskussion nochmals in tabellarischer Form dargestellt (Tabelle F.3-3).

Tabelle F.3-3: Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Zusammenfassung	
Auswahlverfahren: Wie sollten sie gestaltet sein?	
<ul style="list-style-type: none"> • Bewerberinterview in Kombination mit einer Überprüfung der formalen und inhaltlichen Kriterien (Studienabschluss/-inhalte) • „Assessment Center“/Gruppengespräche zur Überprüfung von wichtigen Kompetenzbereichen • Nutzen der Auswahlverfahren zur Erstellung eines individuellen Kompetenzprofils als Grundlage für die SV und SE 	
Auswahlverfahren: Auf welche Kompetenzen sollte fokussiert werden?	
<ul style="list-style-type: none"> • berufliche Qualifikation (gesetzliche Bestimmungen) • unbearbeitete Störungsanteile/psychische Störungen • Empathiefähigkeit • Interaktionskompetenz • Introspektions-/Reflexionsfähigkeit 	
Was sind Kriterien für mangelnde Eignung?	
<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Störungen • mangelnde Interaktionskompetenz • mangelnde Selbst-/Reflexionsfähigkeit • mangelnde Empathiefähigkeit 	
Welche Kompetenzen werden für wichtig gehalten in der Psychotherapieausbildung?	
<ul style="list-style-type: none"> • Fachwissen (Störungswissen, Wissenskompetenz, Interventionswissen) • kompetentes Anwenden von psychotherapeutischen Interventionen • Gestaltung der therapeutischen Beziehung/soziale Kompetenz • (Selbst-)Reflexionsfähigkeit 	
SUPERVISION	SELBSTERFAHRUNG
Was ist problematisch für die Kompetenzentwicklung und -sicherung?	
<ul style="list-style-type: none"> • zu geringe/zur niedrigeren Stundenanzahl • zu wenig flexible Bedarfsorientierung • zu geringes fachliches Vorwissen der ATN • hohe Belastung (zeitlich und finanziell) • fehlende fallbezogene Kontinuität • fehlendes Supervisionskonzept • fehlende Qualitätskriterien zur Durchführung der SV • fehlender kollegialer Austausch • mangelhafte Supervisionsinhalte (Praxisbezug/Formalitäten) 	<ul style="list-style-type: none"> • zu geringe Stundenanzahl • fehlende Kontinuität der SE über Ausbildungsverlauf • Abhängigkeitsverhältnisse/Rollenüberschneidungen der SEL • fehlende Konzepte der SE • Mängel bei SE-Inhalten (z.B. Praxisbezug) • Fehlende Flexibilität bei Stundenanzahl • fehlende bedarfsorientierte Flexibilität
Welche Empfehlungen können gegeben werden für die Kompetenzentwicklung und -sicherung in SE und SV?	
<ul style="list-style-type: none"> • Flexible Anpassung der Stundenumfänge an den Bedarf • Stundenerhöhung vor allem in der praktischen Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexible, individualisierte Dauer der SE je nach Kompetenzbedarf der ATN; evtl. Stundenerhöhung • Kontinuierliche, ausbildungsbegleitende

<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Abstimmung der SV auf theoretische Lehrangebote • mehr Theorie-Praxis-Bezug • Separierung von Formalitäten und Supervisionsinhalten • Systematischer kollegialer Austausch zum frühzeitigen Erkennen von Defiziten und Einleiten von Fördermaßnahmen • Strikte fallbezogene Kontinuität • Bekanntmachung bzw. Weiterentwicklung von Kriterien zur Durchführung der SV (z.B. Arbeitsbeziehung, Zielvereinbarung, Kernprozess mit Kompetenzüberprüfung) • Regelung der prekären finanziellen Situation der ATN • Entwicklung von Qualifizierungsangeboten für Supervisoren (bzw. Bedarfsermittlung) 	<p>SE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden von Rollenüberschneidungen, evtl. durch externe SE, Einhalten des non-reporting-Systems • Erarbeiten von SE-Konzepten (Inhalte, wie Zielklärung etc. Methoden zur Selbstreflexion) • Verfahrensinterne SE • mehr Praxisbezug in der SE
Wie viele ATN werden von den Institutsleitern für ungeeignet gehalten?	
im Durchschnitt 4,6% (PP) bzw. 4,2% (KJP)	
Wer hat die Kompetenz zur Feststellung mangelnder Eignung am AINST?	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor 2. Ausbildungsleitung 3. Lehrgangsleitung 	
Wie soll mit mangelnder Eignung umgegangen werden?	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gespräch mit Ausbildungsleitung 2. Gespräch mit Supervisor <p>Inhalte: Auflagen für die Kompetenzförderung (mehr SE, problemzentrierte SV, Verlängerung von Ausbildungsstellen), Einbeziehung der Rückmeldung anderer Beteiligter, bis hin zum (zeitweiligen) Entzug der Behandlungserlaubnis/Kündigung, evtl. Approbation mit Auflagen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturen schaffen für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vertrauensvolle, wohlwollende Supervisor-Supervisand-Beziehung ◦ bei Zweifeln an der Eignung -> Patientenfallzahl reduzieren, engmaschigere Supervision ◦ spezifische Ziele für die Kompetenzförderung festlegen (Mangelbereiche, Erwartungen, Zeitrahmen) ◦ in SV auf Kompetenzdefizite fokussieren • Kriterien für ausreichend gute Patientenbehandlung ◦ Kompetenzdefinitionen ◦ Operationalisierungen/Messinstrumente für Kompetenzen bzw. negativen Indikatoren • Vernetzung unter den Supervisoren zum Austausch über die ATN, über Supervisionsstile/-methodiken 	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Selektion der ATN • (z.T.) Selbsterfahrung vor Beginn der Ausbildung bzw. Kombination aus einer auf kompetenzvariablen basierenden Auswahl und früher Beginn der Selbsterfahrung/SV • klare Kriterien für den Ausbildungsabbruch von ATN (siehe Mangelkriterien) • kritische Eigenschaften oder Entwicklungen mit dem ATN zu besprechen und innerhalb des Selbsterfahrungskontextes Veränderungsimpulse und -ziele setzen und überprüfen • Aufmerksamkeit und Interventionen auf eventuell problematische Bereiche fokussieren • festgestellte Kompetenzmängel (in Supervision) bearbeiten und Kompetenzen spezifisch fördern

F.4. Fazit für die Forschung

Da die Arbeit von ihrem methodischen Ansatz und den formulierten Fragestellungen her explorativ angelegt ist, ist das Generieren von Hypothesen und weiteren Forschungsansätzen ein wichtiges Ziel. Im Folgenden sollen daher Ideen für zukünftige Forschungsprojekte formuliert werden.

- Prozessstudien sollten vermehrt gefördert und durchgeführt werden, die ...
 - Qualitätsaspekte (Struktur/Prozess) der SV und SE im Einzel- und Gruppensetting erfassen und deren Auswirkungen auf die subjektive Kompetenzentwicklung und die Zufriedenheit der ATN (Ergebnisqualität) längsschnittlich evaluieren.
 - die Kompetenzentwicklung der Ausbildungsteilnehmer über den gesamten Verlauf der Ausbildung evaluieren. Diese Studien sollten (a) über das Auswahlverfahren Kompetenzstärken und -schwächen des ATN protokollieren und ein Kompetenzprofil erstellen, (b) die Kompetenz der ATN mehrfach im Verlauf der Ausbildung beurteilen (Einschätzung auf fachlich-konzeptueller, personaler und interpersonaler Kompetenz) und dabei (c) mehrere Sichtweisen einbeziehen (ATN, Supervisoren, SEL, Patienten; z.B. mit Beurteilungen auf Psychotherapieprozess-Skalen wie VPPS oder VNIS), (d) die verschiedenen Inputs in der Ausbildung hinsichtlich des Umfangs, Inhaltes und der Zufriedenheit dokumentieren und (e) externe Kriterien wie den Therapieerfolg erfassen (Symptommaße, Maße der therapeutischen Allianz). Die Leitfrage könnte lauten: Welche Eigenschaften der ATN und welche Faktoren in der Ausbildung tragen am besten zu einer hohen psychotherapeutischen Kompetenz und zu erfolgreichen Therapieabschlüssen am Ende der Ausbildung bei?
- Befragungen bzw. empirische Erhebungen über die Häufigkeit des Vorkommens von mangelnder Eignung in den Ausbildungsinstituten fehlen. Außerdem sind weitere Studien notwendig, die negative Therapieereignisse (Misserfolge, unerwünschte Nebenwirkungen, Therapieschäden) systematisch dokumentieren und mit den fachlich-konzeptuellen, personalen und interpersonalen Eigenschaften der Therapeuten in Verbindung bringen.
- Im Sinne einer Bedarfsermittlung sollten Befragungen zum Stand der Qualifizierung der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter durchgeführt werden.
- Befragungen der ATN könnten erfassen, welche Eigenschaften und Methodiken/Inhalte bei Supervision und SE für am hilfreichsten für die Kompetenzentwicklung gehalten werden.

- Studien sind notwendig, die verschiedene Konzepte von Auswahlverfahren erfassen (Ist-Zustand). Weiterhin fehlen Studien, die entlang der in der vorliegenden Arbeit genannten Kriterien mangelnder Eignung Instrumente und Methodiken entwickeln, die diese messen und in Auswahlverfahren anwendbar sind.
- Eine weitere Studie könnte danach fragen, durch welche Auswahlverfahren die wenigsten ‚schlechten‘ ATN am Ende die Ausbildungen verlassen.
- Studien zur Erforschung der Kompetenzförderung in den Bereichen der personalen und interpersonalen Kompetenzen: Welche Methoden tragen am besten zur Förderung von Empathie, Allianzaufbau, Selbstreflexion etc. bei?

F.5. Fazit für die Praxis

Aus den Verbesserungsvorschlägen der Supervisoren und SEL und anhand der diskutierten Ergebnisse zu psychotherapeutischen Kompetenzen und Kompetenzdefiziten können folgende Implikationen für die Ausbildungspraxis gegeben werden:

- In den AINST muss von Seiten der Institutsleiter sowie aller Mitarbeiter und Lehrkräfte eine angemessene Fehlerkultur hergestellt werden, um für die ATN das Zeigen von Fehlern und das Lernen aus Fehlern möglich zu machen. Dabei könnten die Dozenten angeregt werden, von eigenen Misserfolgen in den Theorieseminaren zu berichten. Die Supervisoren könnten von Misserfolgen auch in der SV berichten. Das non-reporting-System muss für ATN und SEL transparent sein und eingehalten werden.
- Die Bewerberinterviews sollten auf das Erkennen von nicht in der Ausbildung behebbaren Kompetenzschwächen bzw. psychischen Störungen ausgerichtet sein. Dies kann in Form von Gruppengesprächen oder ähnlich eines Assessment Centers oder einer OSCE-Prüfung geschehen. Die Beobachtungen dieses Auswahlverfahrens könnten zum Erstellen von Kompetenzprofilen der ATN (Stärken und Schwächen) genutzt werden. Diese könnten in den Einzelsettings der Supervision und Selbsterfahrung als Arbeitsgrundlage genutzt werden. In der Supervision könnte eine routinemäßige Überprüfung der Kompetenzprofile und das Setzen neuer Ziele etabliert werden.
- In den Fachgesellschaften und AINST müssen regelmäßig Diskussionen über die Prozeduren für den Umgang mit ungeeigneten ATN angeregt werden. Über diese Prozeduren muss dann im AINST Transparenz gegeben sein für die ATN und für alle Lehrkräfte.
- Die vorgestellten Verbesserungsvorschläge für SE und SV sollten beachtet werden, allen voran die strukturellen Änderungen für die Selbsterfahrung (Vermeidung von Funktionsüberschneidungen der SEL, kontinuierliche, ausbildungsbegleitende SE, flexible Stundenzahl je nach Kompetenzprofil der ATN) und die prozessbezogenen Änderungen für die Supervision (fallbezogene Kontinuität, mehr Theorie-Praxisbezug/weniger Formalitäten als SV-Inhalte, Erarbeiten und Evaluieren von

- Qualitätskriterien der Durchführung der SV, besser strukturierte kollegiale Kooperation, z.B. Supervisorenkonferenzen).
- In der SV sollte es einen routinemäßigen Einsatz von standardisierten Verfahren zur Erfassung von Kompetenzen und Kompetenzmängeln (z.B. VPPS und VNIS) geben.
 - Insgesamt sollte es im Verlauf und am Ende der Ausbildung eine multiperspektivische Kompetenzbewertung geben:
 - Regelmäßige Einschätzung von Patienten einholen lassen und Supervisoren/Peers Therapievideos beurteilen lassen
 - Einfließenlassen der Urteile aus der Supervision in die Bewertung über die Approbationserteilung.
 - Höhere Flexibilität bei Stundenumfängen für die SV – eine engere Anpassung der Stundenfrequenz und –anzahl an den Bedarf (je nach ATN und Schwierigkeit des Patientenfalles) über ein gesetzlich vorgesehenes Mindestmaß hinaus. Auch hier sollte es in Supervisorenkonferenzen etc. regelmäßigen Austausch geben, um Regeln zu erstellen.

G. Zusammenfassung

„Gute Psychotherapieausbildungen sind eine wesentliche Voraussetzung für effektive, qualitätsvolle und patientengerechte Psychotherapien“ (Petzold & Märtens, 1999, S. 351). Ein Merkmal einer solchen guten Ausbildung ist die Entwicklung einer hohen psychotherapeutischen Kompetenz bei den Ausbildungsteilnehmern (Vogel & Schieweck, 2005b). Für das Erreichen dieses Zieles spielen die Ausbildungsbestandteile Supervision und Selbsterfahrung jeweils eine wichtige und spezifische Rolle (Willutzki, 2005; Laireiter, 2005). Forschung im Bereich der Psychotherapieausbildung ist zwar „in Mode“ gekommen (Laireiter & Botermans, 2005, S. 53), der Anteil an wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich mit verschiedenen Aspekten der Psychotherapieausbildung befassen, ist jedoch im Vergleich zu Studien im Bereich der Psychotherapieergebnis- und prozessforschung relativ gering (Strauß & Kohl, 2009). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, einen Beitrag zur Behebung des Mangels an wissenschaftlichen Erkenntnissen in diesem Bereich zu leisten. Dabei lag der Schwerpunkt darauf, Problembereiche der Ausbildungsbestandteile Supervision (SV) und Selbsterfahrung (SE) auf denen Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herauszuarbeiten. Diese Problembereiche wurden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Ausbildungsteilnehmer (ATN) und auf das Erkennen von (und den Umgang mit) mangelnder therapeutischer Eignung beurteilt. Die Erarbeitung von Vorschlägen zur Gestaltung der Auswahlverfahren waren ebenso ein Anliegen der Arbeit, da diese eng mit der Kompetenzfrage verknüpft sind und auch hier kaum Forschung existiert (Eversmann, 2008).

Zur Erfassung von problematischen Aspekten bzw. Verbesserungsvorschlägen in der SV und SE wurden im Rahmen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung (Strauß et al., 2009) 1489 Supervisoren und 768 Selbsterfahrungsleiter (SEL) in ganz Deutschland befragt. Zu den Themen der psychotherapeutischen Kompetenz, mangelnder therapeutischer Eignung und den Auswahlverfahren wurden Daten der Leiter der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute in Deutschland per Fragebogen erhoben (N=129). Geschlossene Fragen wurden quantitativ mit Häufigkeitsanalysen und Gruppenvergleichen ausgewertet, die Auswertung der offenen Fragen erfolgte mit der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Die erstellten Kategoriensysteme wiesen eine ausreichend gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität auf.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen kurz zusammengefasst werden. Für den Bereich der SV wurden vor allem Änderungen auf der Ebene der Prozessqualität gefordert. So war zum Beispiel ein stärkerer Praxisbezug, die Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Durchführung der SV, eine verbesserte kollegiale Kooperation und eine strikte fallbezogene Kontinuität zum Überwachen der Kompetenzentwicklung wünschenswert. Insgesamt sollte die Supervision stringenter auf die Kompetenzförderung der ATN ausgerichtet sein und ihre qualitätssichernde Funktion des Erkennens von mangelnder Eignung wahrnehmen.

Für den Bereich der *SE* wurden vor allem strukturelle Änderungen empfohlen. Dazu zählen eine längere, vorwiegend jedoch eine flexible Dauer der *SE* je nach Kompetenzschwächen der *ATN*, ein Vermeiden von Funktionsüberschneidungen der *SEL* (evtl. durch externe *SE*), eine kontinuierliche, ausbildungsbegleitende *SE* sowie das Erarbeiten von inhaltlichen bzw. methodischen Konzepten für die *SE*.

Auf die Frage nach der Wichtigkeit von *psychotherapeutischen Kompetenzbereichen* gaben die Institutsleiter vor allem fachlich-konzeptuelle Kompetenzen an, aber auch interpersonale und personale. Als wichtigste Einzelkompetenzen wurden das Fachwissen (z.B. Störungs- und Interventionswissen), die kompetente Anwendung von Interventionen, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bzw. soziale Kompetenz und die (Selbst-)Reflexionsfähigkeit genannt. Dies stimmt weitgehend mit der verfahrensübergreifenden Kompetenzdefinition der Bundespsychotherapeutenkammer überein (BPtK, 2008). Im Vergleich mit Erkenntnissen der Psychotherapieergebnis- und prozessforschung zeigen sich jedoch bezüglich der Gewichtung Unterschiede. So sind für eine erfolgreiche Psychotherapie vor allem interpersonale und personale Kompetenzen wichtig (z.B. Lambert, 2004). Die dazu im Gegensatz stehende Betonung der fachlich-konzeptuellen Kompetenzen seitens der Institutsleiter könnte Ausdruck des bisherigen Ausbildungsvermögens der Institute sein. Das Erlernen von Beziehungsvariablen und das Fördern von personalen Variablen (z.B. Empathie) sollte daher (noch) stärker in der Ausbildung verankert werden.

Etwa 4-5% der *ATN* werden von den Institutsleitern als nicht kompetent genug für den Psychotherapeutenberuf eingeschätzt. Im Hinblick auf die potentiell bei der aktuellen Versorgungssituation entstehenden Fallzahlen ist dies eine zu hohe Prozentzahl. Hier besteht Handlungsbedarf zur Sicherung der Ergebnisqualität der Ausbildung und der Psychotherapie. Die Kompetenz zur Feststellung *mangelnder Eignung* wird derzeit vorwiegend bei den Supervisoren gesehen, die damit in ihrer „Türhüterfunktion“ bestätigt werden. Kriterien für mangelnde Eignung sind nach Angaben der Institutsleiter vor allem Mängel im Bereich der personalen Kompetenzen (psychische Störungen, mangelnde Reflexions- und Empathiefähigkeit), aber auch im Bereich der therapeutischen Beziehung. Dies stimmt mit Erkenntnissen zu therapeutenseitig schädigenden Faktoren in der Psychotherapie überein (z.B. Castonguay et al., 2010). Hier stellt sich nun die Frage, wie mit weniger geeigneten *ATN* in der Ausbildung umgegangen werden soll. Bislang fehlen dazu Forschungsarbeiten und sinnvolle *Regelungen*. Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass dafür im Rahmen der *SV* vor allem ein Bedarf nach klareren Kriterien und kollegialem Austausch besteht. Weiterhin schlugen die Supervisoren als *Regelungen* vor, für die *ATN* mit Kompetenzproblemen die Patientenfallzahl zu reduzieren und die Patienten besser zu selektieren bei gleichzeitig engmaschigerer *SV*. Weiterhin könnten für die jeweiligen *ATN* spezifische Ziele für die Kompetenzförderung definiert und anhand von vereinbarten Erwartungen überprüft werden. Aus Sicht der *SEL* bestand als eine Konsequenz des schwierigen Umgangs mit ungeeigneten *ATN* vor allem Bedarf nach verfeinerten *Auswahlprozeduren*. Damit im Einklang zeigte sich, dass die Institutsleiter persönliche

Bewerberinterviews bzw. eine Art Assessment Center in Kombination mit einer Überprüfung der formalen und inhaltlichen beruflichen Vorerfahrungen zur Auswahl der Bewerber bevorzugen. Dies ist auch im Sinne der Ausbildungsforschung. Nach Eversmann (2008) sind über Gruppenübungen gemessene interpersonale Verhaltensweisen zu Beginn der Ausbildung prädiktiv für Maße des Therapieerfolges und der therapeutischen Kompetenz am Ende der Ausbildung. Weiterhin lassen sich personale Kompetenzen wie die Empathiefähigkeit nur sehr aufwendig fördern (Nerdrum & Ronnestad, 2002). Die Auswahlverfahren sollten demnach den Fokus sowohl systematisch auf den Ausschluss von Bewerbern mit psychischen Störungen sowie mit groben Kompetenzmängeln (z.B. bei Empathie, interpersonalem Verhalten) legen, als auch auf die Erstellung eines individuellen Kompetenzprofils (Eversmann, 2008). Dies könnte Förderschwerpunkte enthalten und in den Einzelsettings der Supervision und Selbsterfahrung Arbeitsgrundlage sein.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung basieren auf den Antworten von 75% der Leiter der Ausbildungsstätten in Deutschland sowie einer jeweils großen Stichprobe von Supervisoren und SEL, die mindestens drei Jahre in der Ausbildung von Psychotherapeuten tätig waren (Strauß et al., 2009). Die gefundenen Ergebnisse können daher als aussagekräftig für die Psychotherapieausbildung in Deutschland bezeichnet werden. Mit der Darstellung von nach Häufigkeit gewichteten Bereichen von psychotherapeutischer Kompetenz und mangelnder Eignung schließt diese Arbeit eine Lücke in der aktuellen Ausbildungsforschung. Diese Ergebnisse können einerseits Basis für einen kompetenzbasierten Ablauf der SV, SE und der Auswahlverfahren sein, andererseits Basis für eine Bewertung der therapeutischen Tätigkeit der ATN. Des Weiteren können die detaillierten Angaben zu Problemen und Verbesserungsvorschlägen der SV und SE Grundlage für zukünftige Evaluationen dieser Ausbildungsbestandteile sein.

Insgesamt ist noch viel Forschung notwendig zu empirisch abgesicherten Prädiktoren für Ausbildungs- bzw. Therapieerfolg oder -misserfolg. Vor allem Prozessstudien, die die Kompetenzentwicklung der Ausbildungsteilnehmer über den gesamten Verlauf der Ausbildung evaluieren, fehlen bislang. Dabei sollten sowohl mehrere Sichtweisen einbezogen werden (ATN, Supervisoren, SEL, Patienten) als auch die verschiedenen Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet werden. Eine internationale Prozessstudie zur Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung ist bereits in Planung (Orlinsky, Strauss, Hill, Castonguay & Carlsson, 2012). Mit dieser Arbeit wurde ein möglicher Grundstein für weitere derartige Untersuchungen gelegt.

Literaturverzeichnis

- Alte, C. & Rey, E.-R. (1998). Evaluationsinstrumente für Theorieseminare und Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie*, 8, 246-253.
- Angus, L. & Kagan, F. (2007). Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: Implications for psychotherapy supervision, practice, and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 371-377.
- Atkinson, P. (2006). Personal therapy in the training of therapists. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 8(4), 407-410.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen - Fakten - Trends. *Psychotherapeut*, 44, 139-152.
- Baker, K. A. (1999). The importance of cultural sensitivity and therapist self-awareness when working with mandatory clients. *Family Process*, 38(1), 55-67.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16, 317-331.
- Banerjee, M., Capozzoli, M., McSweeney, L. & Sinha, D. (1999). Beyond kappa: A review of interrater agreement measures. *The Canadian Journal of Statistics*, 27, 3-23.
- Barthel, Y., Lebiger-Vogel, J., Zwerenz, R., Beutel, M. E., Leuzinger-Bohleber, M. & Rudolf, G. (2010). Kandidaten in psychotherapeutischer Ausbildung: Zugang und Zufriedenheit. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 26(1), 87-100.
- Bayer J (2007). Ausbildungszufriedenheit – Ein Aspekt des Qualitätsmanagements in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in Verhaltenstherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Bellows, K. F. (2007). Psychotherapists' Personal Psychotherapy and Its Perceived Influence on Clinical Practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), 204-226.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78.
- Bennett-Levy, J. & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 61-75.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S. & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 143-158.
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 203-220.
- Bernard, J.M. & Goodyear, R.K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Berns, U. (2006). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 51(1), 26-34.
- Beutler, L. E. & Howard, M. (2003). Training in psychotherapy: Why supervision does not

- work. *The Clinical Psychologist*, 56(4), 12-16.
- Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley & Sons.
- Bike, D. H., Norcross, J. C. & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 19-31.
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A. & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431-446.
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Borg-Laufs, M. (2005). Prozessqualität der Ausbildung in Psychotherapie/Verhaltenstherapie und ihre Sicherung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 383-403). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. R. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Broadfoot, P. (1998) Quality, standards and control in higher education: what price life-long learning? *International Studies in the Sociology of Education*, 8(2), 155-181.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2002). Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S.333-354). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Buehner, T. M. (1998). On becoming a psychotherapist: The experience of good supervision. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(02).
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Supervisionsrichtlinie Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Beschlusses des Psychotherapiebeirates vom 06.10.2009*. Verfügbar unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/supervisionsrichtlinie.pdf> [24.03.2012]
- Buchholz, M. B. (2007). Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal*, 6, 373-382.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008). *Positionspapier (Entwurf) Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 12.09.2008*. Verfügbar unter: http://www2.bptk.de/uploads/anlage_entwurf_kompetenzpapier_stand_120908.pdf [05.02.2011]
- Bundespsychotherapeutenkammer (2010a). *Entwurf für ein Gesetz über die Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThARG) vom 08.12.2010*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20110106_BPtK_gesetzentwurf_psychtharg.pdf [6.9.2011].

- Bundespsychotherapeutenkammer (2010b). *Reform der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten -Details einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs-und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) vom 08.12.2010*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20110106_bptk_ueberblick_ausbildungsreform.pdf [06.09.2011]
- Bundespsychotherapeutenkammer (2010c). *Reform der Psychotherapeutenausbildung: Vorschläge der BPTK-Arbeitsgruppen zur Konkretisierung von Reformeckpunkten für die Diskussion auf dem BptKSymposium am 22.02.2010*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20100216_bptk_konkretisierung_eckpunkte_pt_ausbildung.pdf [06.09.2011].
- Cashwell, T. H., & Dooley, K. (2001). The impact of supervision on counselor self-efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20, 39-47.
- Caspar, F. (2008). Gibt es gute und schlechte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen? Editorial. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 227.
- Caspar, F., Berger, T. & Hautle, I. (2004). The right view of your patient: A computer-assisted, individualized module for psychotherapy training. *Psychotherapy*, 41(2), 125-135.
- Caspar, F. & Eversmann, J. (2009). Was müssen Kandidatinnen und Kandidaten mitbringen, um einmal gute Therapeutinnen und Therapeuten zu werden? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 213-215.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263-282.
- Castonquay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. In L. G. Castonquay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49.
- Clark, M. M. (1986). Personal therapy: A review of empirical research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(6), 541-543.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3), 268-281.
- Deutscher Bundestag (2011). *Existenzminimum liegt ab 2012 bei 7.896 Euro*. Verfügbar unter: http://www.bundestag.de/presse/hib/2011_06/2011_253/03.html [28.06.2012].
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in in patient psychotherapy. *Psychotherapy*, 46(3), 277-290.
- Ditterich, K. & Winzer, A. (2003). Die Ausbildung aus der Sicht der TeilnehmerInnen. In A.

- Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung –Stand der Dinge* (S. 129-144). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dobernig, E. & Laireiter, A.-R. (2000). Where do behavior therapists take their troubles? III. Befunde zu Häufigkeit, Art und Nutzen von Selbsterfahrung und Eigentherapie von Teilnehmern und Absolventen verhaltenstherapeutischer Ausbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde* (S. 417-456). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Döring-Seipel, E., Schüler, P. & Seipel, K.-H. (1995). Selbsterfahrung für Verhaltenstherapeuten: Konzept eines Trainings zielorientierter Selbstreflexion: Erste Erfahrungen. *Verhaltenstherapie*, 5, 138-148.
- Dohrenbusch, R. & Lipka, S. (2006). Assessing and predicting supervisors' evaluations of psychotherapists--An empirical study. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(4), 395-414.
- Domma, J. (2007). *Kompetenz von Verhaltenstherapeuten in der Ausbildung*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank memorial funds Quarterly*, 44, 166-203.
- Dresenkamp A, Jäger R (2007) Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSIP). Eine Methode zur Einbeziehung der AusbildungsteilnehmerInnen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 39, 145-160.
- Duan, C. & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 261-274.
- European Association for Psychotherapy [EAP] (2011). *The Professional Competencies of a European Psychotherapist: a project of the European Association for Psychotherapy (EAP)*. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapy-competency.eu/Competencies/Core/index.php> [20.09.2011].
- Elman, Springer & Baker (2008). *The Impact of HIPAA/FERPA Regulations on Addressing Trainees with Problems of Professional Competence*. Symposium conducted at the APA Commission on Accreditation Annual Assembly. Retrieved from: <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/coa/ferpa-hipaa-2009.pdf> [09.03.2012].
- Evans-Jones, C., Peters, E. & Barker, C. (2009). The therapeutic relationship in CBT for psychosis: Client, therapist and therapy factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 527-540.
- Eversmann, J. (2008). *Psychometrische Überprüfung eines Auswahlverfahrens psychotherapeutischer Weiterbildungskandidaten*. Dissertation. Universität Osnabrück.
- Eversmann, J., Schöttke, H., Wiedl, K. H. & Rogner, J. (2011). The observational rating scale Therapy-Related Interpersonal Behaviors (TRIB) in the selection of trainee psychotherapists. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 11-21.
- Falender, C. A., Cornish, J. A. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S. T., Stoltenberg, C. & Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771-785.

- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology-Research and Practice*, 38(3), 232-240.
- Falender, C. A. & Shafranske, E. P. (2010). Psychotherapy-Based Supervision Models in an Emerging Competency-Based Era: A Commentary. *Psychotherapy*, 47(1), 45-50.
- Fischbeck, S., Deister, T. & Schneider, S. (2009). Qualifizierung Medizinstudierender zu patientenorientierter Kommunikation: Pilotprojekt zur Entwicklung und Anwendung einer Kompetenzprüfung. *Zeitschrift für Medizinpsychologie*, 18 (1), 5-12.
- Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung : Eine Einführung* (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Flick, U. (2010). *Qualitative Forschung : Ein Handbuch* (8. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Frank, R. (1998). Qualitätssicherung durch Psychotherapie-Supervision. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 647-682). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Frank, R. (2000). Wohlbefinden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Evaluation von Selbsterfahrung während der Aus- und Weiterbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 539-572). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Freelon, D. (2010). ReCal: Intercoder Reliability Calculation as a Web Service. *International Journal of Internet Science*, 5 (1), 20–33.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 354-367.
- Freud, S. (1937). *Analysis terminable and interminable* (Standard Ed., Vol. 23, S. 221). London: Hogarth Press.
- Freyberger, H.J. (2006). Psychotherapeutische Versorgung. *Die Psychiatrie*, 3, 145-149.
- Freyberger, H. J. (2010). Professionalisierung der Supervision. *Psychotherapeut*, 55(6), 465-470.
- Frühauf, D. (2009). *Die theoretische Ausbildung Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen: Beurteilung und Verbesserungsvorschläge aus Sicht der DozentInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller Universität Jena.
- Fydrich, T. (2004). Fünf Jahre Psychotherapeutengesetz. *Verhaltenstherapie*, 14, 5-6.
- Geller, J., Norcross, J. & Orlinsky, D. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinicians perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Glaesmer, H., Sonntag, A., Barnow, B., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Kohl, S., Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M., Michels-Lucht, F., Willutzki, U., Spröber, N. & Strauß, B. (2009). Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. Ergebnisse der Absolventenbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 54 (6), 437-444.

- Gold, S. H. & Hilsenroth, M. J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 159-171.
- Goodyear, R. K., & Guzzardo, C. (2000). Psychotherapy supervision and training. In R. Brown & S. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 83-108). New York: Wiley.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A. & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainee's experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 371-383.
- Greve, G. & Greve, W. (1998). Evaluation von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Theoretische Begründung und exemplarische Anwendung eines Selbstkonzeptansatzes. *Verhaltenstherapie*, 8(3), 188-198.
- Grimmer, A. & Tribe, R. (2001). Counseling psychologists' perceptions of the impact of mandatory personal therapy on professional development-- an exploratory study. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), 287-301.
- Groeger, W. M. (2003). Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – eine erste Bilanz. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 203-206.
- Groeger, W. M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 340-352.
- Grouven, U., Bender, R. Ziegler, A. & Lange, S. (2007). Der Kappa-Koeffizient. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, e65-e68.
- Guest, P. D. & Beutler, L. E. (1988). Impact of psychotherapy supervision on therapist orientation and values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 653-658.
- Haarhoff, B., Gibson, K. & Flett, R. (2011). Improving the Quality of Cognitive Behaviour Therapy Case Conceptualization: The Role of Self-Practice/Self-Reflection. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 323-339
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1, 77-89.
- Hess, S. A., Knox, S., Schultz, J. M., Hill, C. E., Sloan, L., Brandt, S. Kelley, F. & Hoffman, M. A. (2008). Predoctoral interns' nondisclosure in supervision. *Psychotherapy Research*, 18(4), 400-411.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Hill, C.E. & Knox, S. (in press). Training and Supervision in Psychotherapy: Evidence for Effective Practice. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) New York: Wiley.
- Hill, C. E. & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 154-172.
- Hill, C.E., Stahl, J. & Roffman, M. (2007a). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 364-370.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S. & Schlosser, L. Z. (2007b). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434-449.

- Hiller, W., Wagner, S. & Benecke, A. (2008). Aktuelle Diskussion. Zertifizierung eines Studiengangs für Psychotherapie nach DIN EN ISO 9001. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (2), 141-149.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Strassle, C. G. & Handler, L. (2002). Effects of structured clinician training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy*, 39(4), 309-323.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 232-237.
- Hölzel, H.H. (2007). Referiert: Ausbildung und Kinder - Leben unter dem Existenzminimum. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 6, S. 302.
- Hölzel, H. H. (2008). *Beurteilung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Sicht von Ausbildungsabsolventen – Ergebnisse einer Internetumfrage*. Dissertation, Universität Ulm.
- Hopffgarten von Laer, A. & Mempel, S. (1998). Evaluation der verhaltenstherapeutischen Ausbildung am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Bad Dürkheim. *Verhaltenstherapie*, 8, 259-262.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (S. 37–69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy - A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horwitz, L. (2000). Narcissistic leadership in psychotherapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(2), 219-235.
- Hoyer, J. & Stangier, U. (2000). Wirkt sich Selbsterfahrung in der Ausbildung auf die Qualität der Therapiestunden aus? Pilotstudie und Forschungsvorschläge. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 525-538). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Jacobs, S. C., Huprich, S. K., Grus, C. L., Cage, E. A., Elman, N. S., Forrest, L., Schwartz-Mette, R., Shen-Miller, D. S., Van Sickle, K. S. & Kaslow, N. J. (2011). Trainees With Professional Competency Problems: Preparing Trainers for Difficult but Necessary Conversations. *Training and Education in Professional Psychology*, 5(3), 175-184.
- Johnson, W. B., Elman, N. S., Forrest, L., Robiner, W. N., Rodolfa, E. & Schaffer, J. B. (2008). Addressing Professional Competence Problems in Trainees: Some Ethical Considerations. *Professional Psychology-Research and Practice*, 39(6), 589-593.
- Kaczmarek, S., Cappel, R., Passmann, K., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2011, July). *Negative Effects of Psychotherapy: Qualitative and quantitative analysis of patients' complaints*. Poster presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research SPR-Tagung 2011, Bern, Switzerland.

- Kahl-Popp, J. (2007). *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung*. Würzburg: Ergon Verlag.
- Kahl-Popp, J. (2009). Die interne Seite psychotherapeutischer Kompetenz. *Psychodynamische Psychotherapie*, 3, 115–123.
- Kahn, S. (2012). *Die mündliche und schriftliche Prüfung in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Probleme und Verbesserungsvorschläge der Lehrkräfte im Hinblick auf die Erfassung von psychotherapeutischen Kompetenzen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Kaplan, D. J. (1995). Internalization in psychotherapy supervision. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55(8-B).
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781.
- Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. A., Hatcher, R. L. & Rodolfa, E. R. (2009). Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4), S27-S45.
- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Forrest, L., Elman, N. S., Van Horne, B. A. & Jacobs, S. C. (2007). Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology-Research and Practice*, 38(5), 479-492.
- Kernberg, O.F. (2000). A concerned critique of psychoanalytic education. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 97-120.
- KJPsychTh-APrV (1998). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) vom 18.12.1998, BGBl. I, S. 3761.
- Knight, C. (1996). A study of MSW and BSW students' perceptions of their field instructors. *Journal of Social Work Education*, 32(3), 399-414.
- Knight, C. (2001). The process of field instruction: BSW and MSW students' views of effective field supervision. *Journal of Social Work Education*, 37(2), 357-379.
- Kohl, S., Barnow, B., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, Glaesmer, H., Goldbeck, L., Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M., Michels-Lucht, F., Sonntag, A., Spröder, N., Willutzki, U. & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapieausbildung aus Sicht der Lehrkräfte. Ergebnisse der Befragung von Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 54 (6), 445-456.
- Kolb, S. (2004): Verlässlichkeit von Inhaltsanalysedaten – Reliabilitätstest, Errechnen und Interpretieren von Reliabilitätskoeffizienten für mehr als zwei Codierer. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 52(3), 335–354.
- Krippendorff, K (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Second Edition. Thousand Oaks, CA, US: Sage.
- Krippendorff, K. (2007). Testing the Reliability of Content Analysis Data: What is involved and why. In K. Krippendorff & M.A. Bock (Hrsg.) *The Content Analysis Reader* (S. 350-357). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kröner-Herwig, B., Fydrich, T. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie: Ergebnisse einer

- Umfrage. *Verhaltenstherapie* 11 (2), 137-142.
- Kuhr, A. (2005). Strukturqualität in der Verhaltenstherapieausbildung und ihre Sicherung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 362-382). Göttingen: Hogrefe.
- Ladany, N., Ellis, M. V. & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 447-455.
- Ladany, N., Friedlander, M. L. & Nelson, M. L. (2005). Remediating Skill Difficulties and Deficits: It's More Than Just Teaching. In N. Ladany, M. L. Friedlander & M. L. Nelson (Eds.), *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. (pp. 23-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 10-24.
- Laireiter, A.-R. (1994). Ansätze einer konzeptuellen und funktionalen Präzisierung des Begriffes Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 1-16). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2000a). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 1. Inanspruchnahme von Psychotherapie durch PsychotherapeutInnen : Ein Literaturüberblick. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 45-88). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2000b). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigentherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 89-234). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2002). Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von TherapeutInnen in der Psychotherapie. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 384-412). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2003). Zur Bedeutung der Selbsterfahrung für die Ausbildung in Psychotherapie/Verhaltenstherapie. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S. 87-107). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A. R. (2005). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Verhaltenstherapie. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 263 – 292). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. (2008). Qualitätssicherung gefordert. *Ärzteblatt, PP*, 9, 413-414.
- Laireiter, A. R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden! *Verhaltenstherapie* 19, 191-193.
- Laireiter, A.-R. & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie - Entwicklungen und aktueller Stand. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.R. & Elke, G. (1994). Zur Bedeutung von Selbsterfahrung für die Verhaltenstherapie – Einleitung und Überblick. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S.

-
- 1-16). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2003). Self-reflection and self-practice in training of cognitive behaviour therapy: An overview. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 19-30.
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2005a). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2005b). Personal Therapy in cognitive-behavioral therapy. Tradition and current practice. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Hrsg.), *The Psychotherapist's own psychotherapy*. New York, Oxford University Press.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. Friedman (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change*. (S. 360-390). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. & Ogles, B.M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In C. E. Watkins (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy supervision* (S. 421-446). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). Measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Langer, A. & Frank, R. (1998) Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtung: Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, 30-37.
- Lehndorfer, P. (2008). Kompetenzen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 32(3), 255-269.
- Leitner, A., Liegl, G., Märtens, M. & Gerlich, K. (2010). Effektivität der Integrativen Therapie 1994-2009. Mehrebenenstudie Integrative Therapie im Vergleich. In A. Leitner (Hrsg.), *Handbuch für Integrative Therapie* (S. 257-295). Wien: Springer.
- LeVine, E.S. (2007). Experiences from the Frontline: Prescribing in New Mexico. *Psychological Services*, 4 (1), 59-71.
- Lichtenberg, J.W. (2006). What Makes for Effective Supervision? In Search of Clinical Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 275.
- Lieb, H. (1998). Veränderungen und Wirkvariablen in der Selbsterfahrung aus Sicht der Teilnehmer: Resultate einer Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 270-278.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Linden, M. & Langhoff, C. (2010). Behavior Therapy Competency Checklist. *Psychotherapeut*, 55(6), 477-484.
- Louie, A. K., Coverdale, J. & Roberts, L. W. (2004). Competency-Based Training: Where Will It Lead Us? *Academic Psychiatry*, 28(3), 161-163.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G. & Seligman, D. A. (1997). The
-

- psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 4(1), 53-65.
- Lucock, M. P., Hall, P. & Noble, R. (2006). A survey of influences on the practice of psychotherapists and clinical psychologists in training in the UK. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(2), 123-130.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39.
- Macran, S. & Shapiro, D. A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71(1), 13-25.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Mander, G. (2004). The selection of candidates for training in psychotherapy and counselling. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 10(2), 161-172.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meara, N. M., Schmidt, L. D., Carrington, C. H., Davis, K. L., Dixon, D. N., Fretz, B. R. et al. (1988). Training and Accreditation in Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*, 16(3), 366-384.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face the facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.
- Milne, D. (2006). Developing clinical supervision research through reasoned analogies with therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 215-222.
- Möske, M. & Sude, K. (2009). 10 Jahre Psychotherapieausbildung aus PiA-Sicht – (noch) keine Erfolgsstory? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 264-270.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27.
- Moller, N. P., Timms, J. & Alilovic, K. (2009). Risky business or safety net? Trainee perceptions of personal therapy: A qualitative thematic analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 11(4), 369-384.
- Moskowitz, S. A. & Rupert, P. A. (1983). Conflict resolution within the supervisory relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(5), 632-641.
- Nagell, W., Steinmetzer, L., Fissabre, U. & Handrich, M. (2009). Das Beziehungserleben. Beziehungserfahrungen in der Supervision und deren Einfluss auf die psychoanalytische Identitätsfindung des Ausbildungskandidaten. *Forum der Psychoanalyse*, 25(1), 53-65.
- Nelson, M. L. & Friedlander, M. L. (2001). A close look at conflictual supervisory relationships: The trainee's perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 384-395.

- Nerdrum, P. & Ronnestad, M. H. (2002). The trainees' perspective: A qualitative study of learning empathic communication in Norway. *The Counseling Psychologist*, 30(4), 609-629.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 12-19.
- Nigam, T., Cameron, P. M. & Leverette, J. S. (1997). Impasses in the supervisory process: A resident's perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 51(2), 252-272.
- Nodop, S., Thiel, K., Strauß, B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 55, 485-495.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710-713.
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A. & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 204-209.
- O'Donovan, A. & Dyck, M. (2001). Effective training in clinical and counselling psychology: Not as simple as it sounds. *Australian Psychologist*, 36(2), 92-98.
- Oeltze, J., Ebert, W. & Petzold, H. (2002). *Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell*. Verfügbar unter: http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/psymed/artikel/intsupervision.pdf [16.12.2011].
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. & Sawyer, J. D. (1995). Clinical-significance of the national institute of mental-health treatment of depression collaborative research-program data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 321-326.
- Ogren, M. L., Jonsson, C. O. & Sundin, E. C. (2005). Group supervision in psychotherapy: The relationship between focus, group climate, and perceived attained skill. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 373-388.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Orchowski, L., Evangelista, N. M. & Probst, D. R. (2010). Enhancing supervisee reflectivity in clinical supervision: A case study illustration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 51-67.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Ronnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139-148.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Ronnestad, M.H., & Wiseman, H. (2005). Outcomes and

- impacts of the psychotherapist's own psychotherapy. A research review. In J. D. Geller, J.C. Norcross & D. E. Orlinsky (Hrsg.), *The Psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and development*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of Personal Therapy by Psychotherapists: A Practice-Friendly Review and a New Study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), 828-842.
- Orlinsky, D.E., Strauss, B., Hill, C. E., Castonguay, L. & Carlsson, J. (2012). *SPRISTAD Section Annual General Meeting*. Discussion Meeting at the 43rd annual international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach.
- Partschefeld, E. (in Vorbereitung). *Empirische Fundierung der Psychotherapieausbildung. Einsatz von Simulationspatienten in der psychotherapeutischen Ausbildung und Überprüfung der Wirksamkeit*. Dissertation in progress, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Pehlivanidis, A., Papanikolaou, K., Politis, A., Liossi, A., Daskalopoulou, E., Gournellis, R., Soldatos, M., Papakosta, V. M., Zervas, I. & Papakostas, Y. G. (2006). The screening role of an introductory course in cognitive therapy training. *Academic Psychiatry*, 30(3), 196-199.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal* 1, S. 43-50.
- Petzold, H. G., Hass, W. & Märtens, M. M. (1998). Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapie-Ausbildung: Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch* (S. 683-711). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Petzold, H. & Märtens, M. (Hrsg.) (1999). *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte. Settings*. Opladen: Leske und Budrich.
- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2005) Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? In O. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 470-483). Stuttgart: Schattauer
- PsychTh-APrV (1998). *Ausbildungs-und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) vom 18.12.1998*, BGBl. I, S. 3749.
- PsychThG (1998). *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) vom 16.06.1998*, BGBl.I, S. 1311.
- Rake, C. & Paley, G. (2009). Personal therapy for psychotherapists: The impact on therapeutic practice. A qualitative study using interpretative phenomenological analysis. *Psychodynamic Practice*, 15(3), 275-294.
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R., & Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 157-168.

- Reimer, M., Schüler, P. & Ströhm, W. (1998): „Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung“; In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 621-645). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Reinecker, H. & Schindler, L. (2009). Aus- und Weiterbildung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen* (2. Aufl., S. 889-898). Berlin: Springer.
- Richter, R. (2009). Psychotherapeutische Kompetenz. *Psychodynamische Psychotherapie* 8, 113-114.
- Rief, W. (2009). Keine großen Überraschungen, aber interessante Anregungen: Das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung ist da. *Verhaltenstherapie*, 19(3), 140-144.
- Rindermann, H. und Oubaid, V. (1999) Auswahl von Studienanfängern durch Universitäten - Kriterien, Verfahren und Prognostizierbarkeit des Studienerfolgs. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20 (3), S. 172-191.
- Ringler, M. (1994). Ein Blick über den Gartenzaun: Lehranalyse und Selbsterfahrung in der Psychoanalyse. In: A. R. Laireiter, G. Elke (Hrsg.) *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen*. DGVT, Tübingen, S. 126-135.
- Rizq, R. & Target, M. (2008a). "Not a little Mickey Mouse thing": How experienced counselling psychologists describe the significance of personal therapy in clinical practice and training. Some results from an interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(1), 29-48.
- Rizq, R. & Target, M. (2008b). 'The power of being seen': an interpretative phenomenological analysis of how experienced counselling psychologists describe the meaning and significance of personal therapy in clinical practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 131-153.
- Roder, V., Dubuis, C., Lächler, M. & Hecht, H. (2001). Selbsterfahrung in der Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten: Überblick, Darstellung und erste Evaluation eines Konzepts. *Verhaltenstherapie*, 11(2), 94-103.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2005). Clinical Implications: Training, Supervision, and Practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad, *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. (S. 181-201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. (1997). The professional development and supervision of psychotherapists. *Psychotherapeut*, 42(5), 299-306.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 102-120). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Rüger, B. (2001). Statistisches Design und Repräsentativität der Psychoanalytischen Katamnese-Studie (DPV). In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rugabber, G. (2005). Psychotherapieausbildung in Deutschland fünf Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.),

- Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 429-438). Göttingen: Hogrefe.
- Ruggaber, G. (2008). Ausbildungsstrukturen auf dem Prüfstand. Aktuelle Situation und Perspektiven. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40(1), 87-97.
- Ruggaber, G. & Fliegel, S. (2006). Was macht AusbildungsteilnehmerInnen zufrieden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38 (3), 741-745.
- Rzepka-Meyer, U., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Role of clinical experience and reflection for development of psychotherapeutic competence. *Verhaltenstherapie*, 8(3), 200-207.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A. & Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 16(3), 306-316.
- Sarnat, J. (2010). Key competencies of the psychodynamic psychotherapist and how to teach them in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 20-27.
- Sasse, H. (2008). Kompetenz in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 32(3), 288-315.
- Schleu, A. (2012, April). *Wenn Psychotherapie schadet – brauchen wir eine neue Fehlerkultur?* Präsentation im Rahmen der Fortbildungsreihe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und des Institutes für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena
- Schmelzer, D. (1994). Berufszentrierte Selbsterfahrung: Das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (S.45-56). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, C. (2008). *LimeSurvey (Version 1.71+ (5535))*. Open Source Computer Software. Hamburg.
- Schön, K. (2001). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der Teilnehmer/innen*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Schön, K., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Wenn Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit ihrer Selbsterfahrung zufrieden sind: Zum prognostischen Aussagewert der Zufriedenheitsbeurteilung. *Verhaltenstherapie*, 8, 279-285.
- Schön, K., Frank, R. & Vaitl, D. (2001). Verhaltenstherapeutische Gruppensupervision aus der Sicht von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22, 153-170.
- Schreyögg, A. (2004). *Supervision - ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulz, W., Flotho, B., Lübke, A. & Hahlweg, K. (1998). Dokumentation und Evaluation des Weiterbildungsganges Braunschweig in Klinischer Psychologie/Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 8(4), 234-244.
- Schultz, J. H., Schonemann, J., Lauber, H., Nikendei, C., Herzog, W. & Junger, J. (2007). Use of simulation patients in communication- and interaction training for physicians: Demand analysis - training - perspectives. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 38(1), 7-23.

- Scobel, W. A. (1996). Selbsterfahrung – interdisziplinär, inhaltsanalytisch. In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S. 63-81). Berlin: Springer.
- Seiters, M. (2007). Der Supervisor in der praktischen Ausbildung von PiAs. Eine Risikoanalyse. *Psychotherapeutenjournal* 2, 150-156.
- Seiters, M. (2009). Noch einmal: Ausbildungssupervision aus (haftungs-)rechtlicher Sicht. *Psychodynamische Psychotherapie* 2, 78-86.
- Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J.M., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Kohl, S., Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M., Michels-Lucht, F., Spröber, N., Willutzki, U. & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. *Psychotherapeut*, 54, 427-436.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J. & Worrall, L. (2001). Clinical supervision in four mental health professions: A review of the evidence. *Behaviour Change*, 18(3), 135-155.
- Sperry, L. (2010). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stippler, M. (2011). *Konzeptkompetenz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung*. Kassel: Kassel University Press.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf [26.04.2011].
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54, 1-15.
- Strauß, B., Strupp, H. H., Burgmeierlohse, M., Wille, H. & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 40(4), 411-430.
- Strotzka, H. (1978). *Psychotherapi* (2. Aufl.). München.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W: & Gomez-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse?* New York: Aronson.
- Sundin, E. C., Ogren, M.-L. & Boethius, S. B. (2008). Supervisor trainees' and their supervisors' perceptions of attainment of knowledge and skills: An empirical evaluation of a psychotherapy supervisor training programme. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 381-396.
- Thiel, K. (2010). *Supervision und Selbsterfahrung in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Probleme und Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Lehrkräfte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Thiele, C., Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (2002). Deutschsprachige Tagebuchverfahren in Klinischer Psychologie und Psychotherapie: Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische*

- Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 31(3), 178-193.
- Unith e.V. Qualitätssicherungsnetzwerk (2007). *Ausbildung Psychotherapie: Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit (FAZ)*. Unveröffentlichter Fragebogen, Berlin.
- Vogel, H. & Alpers, G. W. (2009). Welche Kompetenzen braucht ein Psychotherapeut? Überlegungen zu den Zielen der Psychotherapieausbildung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8 (3), 124-134.
- Vogel, H., Ruggaber, G. & Kuhr, A. (2003). Wünsche an die Novellierung der gesetzlichen Ausbildungsvorgaben. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S. 175-190). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Vogel, H. & Schieweck, R. (2005a). Qualität in der Psychotherapieausbildung. In A.- R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 353 – 361). Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, H. & Schieweck, R. (2005b). Ergebnisqualität in der Psychotherapieausbildung. In A.- R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 404-425). Göttingen: Hogrefe.
- Walz-Pawlita, S., Bataller, I., von Boxberg, F., Corman-Bergau, G., Loetz, S., Munch, K. & Springer A. (2008). Psychoanalytic training and research report - A positioning. *Forum der Psychoanalyse*, 24(4), 367-381.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Mahwah.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Assessing psychotherapeutic competencies: Validation of a German version of the Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(4), 244-250.
- Weiß, C. (2010). *Basiswissen Medizinische Statistik* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Whittaker, S. M. (2007). A multi-vocal synthesis of supervisees' anxiety and self-efficacy during clinical supervision: Meta-analysis and interviews. Dissertation. Virginia Polytechnic Institute and State University. *ProQuest Information & Learning*, DAI-A 67
- Will, H. (2006). Psychoanalytic competences- Transparency in training and practice? *Forum der Psychoanalyse*, 22(2), 190-203.
- Willutzki, U. (2005). Supervision in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 293-317). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Botermans, J.-F. (1997). Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42(5), 282-289.
- Willutzki, U., Tönnies, B. & Meyer, F. (2005). Psychotherapiesupervision und die therapeutische Beziehung -eine Prozessstudie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 37 (3), 507-516.
- Wimmer, R. D. & Dominick, J.R. (1997). *Mass Media Research: An Introduction*. Belmont, MA: Thomson Wadsworth.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wiseman, H. & Shefler, G. (2001). Experienced psychoanalytically oriented therapists'

- narrative accounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 129-141.
- Wolff, A. (2005): Schriftliche Prüfungen im Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – ein Angriff auf die KJP-Ausbildung? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 222-226.
- Worthen, V.E. & Lambert, M.J. (2007). Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(1), 48-53.
- Worthen, V.E. & McNeill, B. (1996). A phenomenological investigation of „good“ psychotherapy supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 25-34.
- Wynn, R. & Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38(9), 1385-1397.
- Yourman, D. B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 601-609.
- Yourman, D. B. & Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 567-575.
- Zimmer, D. (2000). Lernziel Beziehungsgestaltung: Erfahrungen und Ergebnisse aus der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21 (4), 455-467.
- Zimmer, D. (2009) Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen* (S. 525–536). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Zimmer, D. & Zimmer, F.T. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapieweiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8, 254- 257.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG B.3-1: QUALITÄTSBEREICHE IN DER PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG (NACH VOGEL & SCHIEWECK, 2005A, ÜBERNOMMEN AUS FRÜHAUF, 2009)	12
ABBILDUNG B.3-2: SCHEMA ZU QUALITÄTSBEREICHEN UND -EBENEN IN DER PSYCHOTHERAPIE(-AUSBILDUNG)	16
ABBILDUNG D.1-1: ABLAUF DES FORSCHUNGSGUTACHTENPROZESSES (NACH STRAUß ET AL., 2009) ..	50
ABBILDUNG D.3-1: ABLAUF DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING (2008).....	56
ABBILDUNG E.1-1: KATEGORIENSYSTEM 'PROBLEMBEREICHE DER SELBSTERFAHRUNG'	63
ABBILDUNG E.1-2: KATEGORIENSYSTEM FÜR DIE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER SELBSTERFAHRUNGSLEITER	66
ABBILDUNG E.2-1: KATEGORIENSYSTEM FÜR DIE PROBLEMBEREICHE DER SUPERVISION	69
ABBILDUNG E.2-2: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE FÜR DIE SUPERVISION.....	74
ABBILDUNG E.3-1: VERANTWORTLICHE PERSONEN FÜR DIE FESTSTELLUNG EINER NICHT-EIGNUNG ..	76
ABBILDUNG E.3-2: DURCHGEFÜHRTE MAßNAHMEN BEI NICHT GEEIGNETEN KANDIDATEN (FACHAUSSCHUSS = AUSBILDUNGS-WEITERBILDUNGSAUSSCHUSS, UNTERRICHTSAUSSCHUSS) ..	77
ABBILDUNG E.3-3: FORM DES ZUKÜNFTIGEN AUSWAHLVERFAHRENS - BEFRAGUNG INSTITUTSLEITER	78
ABBILDUNG E.3-4: OBERKATEGORIEN MANGELNDER EIGNUNG	80
ABBILDUNG E.3-5: KATEGORIEN FÜR MANGELNDE EIGNUNG FÜR DEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BERUF - ANTWORTEN DER INSTITUTSLEITUNGEN	82
ABBILDUNG E.4-1: HAUPTKATEGORIEN DER PSYCHOTH. KOMPETENZEN (N=453 NENNUNGEN)	88
ABBILDUNG E.4-2: AM ENDE DER AUSBILDUNG ZU ERREICHENDE WICHTIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE KOMPETENZEN (VON 453 NENNUNGEN DER INSTITUTSLEITER)	89

Tabellenverzeichnis

TABELLE B.2-1: SCHEMA ZUR ORDNUNG VON BEFUNDEN ZUR PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG (AUS: STRAUß & KOHL, 2009)	11
TABELLE B.6-1: PHASEN DER KOMPETENZENTWICKLUNG WÄHREND DER PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG NACH RONNESTAD UND SKOVHOLT (2003).....	38
TABELLE B.8-1: SPEZIFISCH INHALTSANALYTISCHE GÜTEKRITERIEN (NACH MAYRING, 2008)	48
TABELLE D.1-1: ÜBERSICHT ÜBER DIE FRAGEBOGENERHEBUNGEN IM RAHMEN DES GUTACHTENS (NACH STRAUß ET AL., 2009)	51
TABELLE D.2-1: STICHPROBENBESCHREIBUNG DER SUPERVISOREN UND SEL.....	53
TABELLE D.2-2: BESCHREIBUNG DER STICHPROBE DER AUSBILDUNGSSTÄTTEN(LEITER)	54
TABELLE D.3-1: DARSTELLUNG DES SYSTEMATISCHEN MODELLS ZUR KATEGORIENBILDUNG NACH MAYRING (2008) MIT EINEM BEISPIELHAFTEN KATEGORIENSYSTEM.....	57
TABELLE D.3-2: ÜBERPRÜFUNG DER SPEZIFISCH INHALTSANALYTISCHEN GÜTEKRITERIEN	58
TABELLE E.3-1: PROZENTSATZ UNGEEIGNETER ATN IN DER KJP- BZW. PP-AUSBILDUNG (EINSCHÄTZUNG DER INSTITUTSLEITER)	75
TABELLE E.3-2: PROBLEMDARSTELLUNGEN BEZÜGLICH NICHT GEEIGNETER KANDIDATEN INNERHALB DER SELBSTERFAHRUNG.....	84
TABELLE E.3-3: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE BEZÜGLICH DES UMGANGS MIT UNGEEIGNETEN KANDIDATEN INNERHALB DER SELBSTERFAHRUNG	84
TABELLE E.3-4: PROBLEMDARSTELLUNGEN BEZÜGLICH NICHT GEEIGNETER KANDIDATEN INNERHALB DER SUPERVISION.....	86
TABELLE E.3-5: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE BEZÜGLICH DES UMGANGS MIT UNGEEIGNETEN KANDIDATEN INNERHALB DER SUPERVISION	86
TABELLE F.3-1: GEGENÜBERSTELLUNG DES EXISTIERENDEN KOMPETENZMODELLS DER BPTK UND DER GEFUNDENEN KOMPETENZKATEGORIEN.....	116
TABELLE F.3-2: EINORDNUNG DER BEREICHE MANGELNDER KOMPETENZ IN FÖRDERBAR ODER AUSWAHLNÖTIG	131
TABELLE F.3-3: ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	134

Anhang – Übersicht

ANHANG – ÜBERSICHT	162
A. KODIERANLEITUNGEN	163
A.1. KODIERANLEITUNG KATEGORIENSYSTEME SELBSTERFAHRUNG UND SUPERVISION	163
A.2. KODIERANLEITUNG KATEGORIENSYSTEME KOMPETENZ UND NICHTEIGNUNG	165
B. KODIERLEITFÄDEN	166
B.1. SELBSTERFAHRUNG - PROBLEME	166
B.2. SELBSTERFAHRUNG - VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	170
B.3. SUPERVISION - PROBLEME.....	175
B.4. SUPERVISION – VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE.....	180
B.5. KOMPETENZEN	184
B.6. MANGELNDE EIGNUNG	187
C. HÄUFIGKEITEN, EINZELKATEGORIEN DER KATEGORIENSYSTEME	189
C.1. SELBSTERFAHRUNG - PROBLEME	189
C.2. SELBSTERFAHRUNG - VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	192
C.3. SUPERVISION - PROBLEME.....	195
C.4. SUPERVISION - VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	199
C.5. KOMPETENZEN	202
C.6. MANGELNDE EIGNUNG	205
D. RELIABILITÄTSÜBERPRÜFUNGEN	209
D.1. SELBSTERFAHRUNG.....	209
D.2. SUPERVISION.....	215
D.3. KOMPETENZEN	221
D.4. MANGELNDE EIGNUNG	226
E. ENTSPRECHUNGEN KOMPETENZKATEGORIEN - BESTEHENDE DEFINITIONEN.....	231

A. Kodieranleitungen

A.1. Kodieranleitung Kategoriensysteme Selbsterfahrung und Supervision

Anmerkung: Die Kodieranleitungen und Kodierleitfäden für die Zuordnung der Einzelaussagen der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter zu den Einzelkategorien sind hier nicht dargestellt, sondern in der Diplomarbeit von Thiel (2010).

Im Folgenden sind die Kodieranleitungen und Kodierleitfäden für die Zuordnung der Einzelkategorien zu den neu erstellten Oberkategorien und den aus der Literatur entnommenen Hauptkategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sehen.

Kodieranleitung Kategoriensysteme Supervision und Selbsterfahrung – Zuordnung der Einzelkategorien zu Ober- und Hauptkategorien

In der Exceltabelle sehen Sie jeweils Tabellenblätter mit Aussagen von Lehrkräften zu Problemen bzw. Verbesserungsvorschlägen zur Selbsterfahrung und Supervision, in denen die Einzelkategorien jeweils einer Oberkategorie zugeordnet werden sollen.

Für einen Überblick über die Kategoriensysteme und zur Zuordnung der Aussagen zu den Kategorien, liegt je ein Kodierleitfaden mit der Beschreibung der Oberkategorien bei. Dort finden sich die Hauptkategorien, Oberkategorien, ihre Beschreibung und Nummer.

Bevor Sie mit dem Kodieren beginnen, bitte ich Sie, den Kodierleitfaden sorgfältig anzuschauen. Es ist wichtig, einen Überblick über die zu vergebenden Oberkategorien zu haben und den Inhalt der Kategorien zu verstehen.

Vorgehensweise:

Schritt 1:

Durchlesen des jeweiligen Kodierleitfadens (Probleme/Verbesserungsvorschläge Selbsterfahrung bzw. Supervision).

Schritt 2:

Durchlesen der jeweiligen Einzelkategorien im Tabellenblatt des Excel-Dokumentes.

Schritt 3:

Finden Sie im jeweiligen Kategoriensystem die Oberkategorie, in die die Aussage Ihrer Meinung nach am besten zur Einzelkategorie passt.

Schritt 4:

Schreiben Sie die Nummer der Oberkategorie in die Spalte neben die Einzelkategorie. Eine Aussage enthält immer nur einen Aspekt, wird also immer nur einer Kategorie zugeordnet.

Wenn während des Kodierens die Konzentration nachlässt, empfiehlt es sich, eine Pause zu machen! Es ist wichtig, dass Sie für die Zuteilung der Aussagen konzentriert sind!

Vielen Dank für die Hilfe!!!

Zur Erleichterung der Kodierung ein paar Erklärungen zu Abkürzungen und Inhalten:

Selbsterfahrung (SE) und Supervision (SV) sind Ausbildungsbausteine der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

Zudem entscheidet man sich innerhalb der Ausbildung für eine bestimmte

Vertiefungsrichtung:

Verhaltenstherapie (**VT**),

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (**TfP**), und

Psychoanalytische Verfahren (**PA**)

Sonstiges:

>**Extern:** SE/SV werden durch Lehrkräfte durchgeführt, die nicht am Institut angestellt sind

>**Non-Reporting-System:** Die Lehrkräfte geben keinerlei Auskünfte über Kandidaten an Dritte weiter.

>**SEL** (Selbsterfahrungsleiter – approbierte Psychotherapeuten, die die SE bei den Ausbildungsteilnehmern durchführen)

>**AINST** (Ausbildungsinstitut)

>**ATN** (Ausbildungsteilnehmer)

Erläuterung zu den Hauptkategorien:

Qualitätsaspekte der Selbsterfahrung:

- Strukturqualität (Borg-Laufs, 2005; Kuhr, 2005)
 - Auswahl der Selbsterfahrungsleiter
 - Frequenz bzw. die zeitliche Anordnung innerhalb der Ausbildung, Setting
 - Vorhandensein eines einheitlichen Konzeptes für die Selbsterfahrung
 - Regelungen zur Durchführung von Zielerreichungsgesprächen
- Prozessqualität (Borg-Laufs, 2005)
 - Inhalte auf die Ziele der Selbsterfahrung in der Ausbildung ausgerichtet
 - auf die persönlichen Bedürfnisse des Teilnehmers sowie auf den aktuellen Stand der anderen Ausbildungsbausteine ausgerichtet
 - gute Atmosphäre in der Selbsterfahrung(-sgruppe) und eine positive Einstellung des Anleiters zu den Teilnehmern
 - Klärung der Erwartungen zwischen Anleiter und Teilnehmer
 - fortwährend Evaluationen
- Ergebnisqualität (Vogel & Schieweck, 2005)
 - Entwicklung der personalen Kompetenzen
 - persönliche/persönlichkeitsrelevante Lernziele
 - Zufriedenheit und subjektiv eingeschätzter Nutzen für die persönliche und professionelle Entwicklung

Qualitätsaspekte der Supervision:

- Strukturqualität (Borg-Laufs, 2005; Kuhr, 2005)
 - finanziellen Konditionen für die Bezahlung der Supervisionsstunden
 - Videotechnik
 - Qualifikation der Supervisoren
 - Umfang, Frequenz und Setting der Supervision
- Prozessqualität (Borg-Laufs, 2005)
 - Qualifizierungsangebote für die Supervisoren
 - Hinweise für Anforderungen an die Supervision
 - Dokumentation über Fortschritte der Supervisanden und ggf. Einleitung von Konsequenzen bei nichtgeeigneten Teilnehmern
- Ergebnisqualität (Vogel & Schieweck, 2005)
 - erreichte psychotherapeutische Kompetenz der Absolventen
 - Erkannte Kompetenzdefizite
 - Zufriedenheitsbewertungen

A.2. Kodieranleitung Kategoriensysteme Kompetenz und Nichteignung

Kodieranleitung Kategoriensystem Kompetenzen

In der Excelltabelle sehen Sie zwei Tabellenblätter mit Aussagen von Institutsleitern zur Nichteignung bzw. zur psychotherapeutischen Kompetenz: in dem ersten soll die Anzahl der enthaltenen Kategorien/Teilaspekte bestimmt werden, im zweiten die Aussage einer Kategorie zugeordnet werden.

Für einen Überblick über die Kategoriensysteme und zur Zuordnung der Aussagen zu den Kategorien, liegt je ein Kodierleitfaden mit der Beschreibung der Kategorien bei. Dort finden sich die Oberkategorien, Einzelkategorien, ihre Beschreibung und Nummer sowie einzelne Aussagen als Ankerbeispiele.

Bevor Sie mit dem Kodieren beginnen, bitte ich Sie, den Kodierleitfaden sorgfältig anzuschauen. Es ist wichtig, einen Überblick über die zu vergebenden Kategorien zu haben und den Inhalt der Kategorien zu verstehen.

Vorgehensweise:

Schritt 1:

Durchlesen des jeweiligen Kodierleitfadens.

Schritt 2:

Durchlesen der jeweiligen Aussage(n) im Tabellenblatt 1.

Schritt 3:

Überlegen wie viele Kategorien/Teilaspekte in einer gegebenen Aussage stecken könnten, Anzahl in die entsprechende Spalte daneben schreiben.

Schritt 4:

Durchlesen der jeweiligen Aussage(n) im Tabellenblatt 2.

Schritt 5:

Finden Sie im jeweiligen Kategoriensystem die Kategorie, in die die Aussage Ihrer Meinung nach am besten passt. Als erste grobe Orientierung können auch die Hauptkategorien dienen.

Schritt 6:

Schreibe die Nummer der Kategorie (dritte Spalte des Kodierleitfadens) in die Spalte neben die Aussage. Eine Aussage enthält im Tabellenblatt 2 immer nur einen Aspekt, wird also immer nur einer Kategorie zugeordnet.

Wenn während des Kodierens die Konzentration nachlässt, empfiehlt es sich, eine Pause zu machen! Es ist wichtig, dass Sie für die Zuteilung der Aussagen konzentriert sind!

Vielen Dank für die Hilfe!!!

B. Kodierleitfäden

B.1. Selbsterfahrung - Probleme

Tabelle 1: Kodierleitfaden für Rater SE Probleme

Nr. Einzelkategorie	Nr. Oberkategorie	Oberkategorie	Beschreibung der Oberkategorie	Ankerbeispiele
E01	E-a	Erwerb von spezifischen Kompetenzen erschwert	Erwerb von Kompetenzen in der SE (th. Haltung, soziale Kompetenz, Selbstreflexion) erschwert	Wunsch der TN nach Erfahrungen ANDERER Therapieverfahren und das Erfüllen durch einige Leiter verhindert eine Identifizierung der TN mit ihrem Verfahren
E02				nicht durchgearbeitete Idealisierungen. Selbsterfahrung sollte auf soziale Kompetenz ausgerichtet sein
E03	E-b	Nützlichkeits-einschätzung	Einschätzung der hohen/geringen Nützlichkeit der SE	Selbsterfahrung ist sinnlos für die Ausbildung. Sie hilft bei denen, die sie nicht benötigen und bringt nichts bei denen, die sie benötigen. Selbsterfahrung ist verlorene Zeit für andere Ausbildungsinhalte. Sie hat auch nichts mit der Tätigkeit des PP's oder KJP's zu tun. Mit Selbsterfahrung sind die therapeutischen Kompetenzen auch nicht besser.
E04				Einzelselbsterfahrung ist entbehrlich
E05				Es ist wichtig, daß die Auszubildenden ihre eigenen inneren Prozesse wahrnehmen und lernen sie auch in Beziehung zu parallel verlaufenden äußeren Prozessen zu sehen. SE ist ein zentraler Bestandteil d. Ausb.
E06	E-c	Regelungen bei Kompetenzproblemen	Kompetenzprobleme bei ATN und Probleme im Umgang damit	Beim non-reporting-system gibt es keine Möglichkeit, gravierende Schwierigkeiten des Ausbildungsteilnehmers, die an seiner Qualifikation zweifeln lassen und sich erst im Verlauf der Analyse herauskristallisieren zu kommunizieren.
E07				Manchen Ausbildungsteilnehmern würde ich eine Therapie vor Beginn der Ausbildung wünschen.
E08	E-d	Zufriedenheit	Zufriedenheits-einschätzung der SEL mit SE	keine Probleme. Die Selbsterfahrung läuft im Insitut dank einer guten Organisation und Fortbildung der Selbsterfahrungsleiter des Institutes (mehrfaches Treffen im Jahr und klares Konzept) einschließlich ständigem Austausch untereinander auch nach Rückmeldung der Ausbildungsteilnehmer sehr gut.

P01	P-a	Annahme der SE durch ATN	Öffnungsbereitschaft in SE vermindert durch Pflicht und Persönlichkeit der ATN	Selbsterfahrung ist gefordert durch das Gesetz, wird nicht von sich aus gesucht. Selbstoffenbarung unter Effizienz- und Erfolgsgesichtspunkten einer Ausbildung,
P02				Z.T. zögerliche Bereitschaft der Kandidaten zur Darstellung ihrer Probleme vor der Gruppe. Psy. sind eher auf Machbarkeit hin sozialisiert, tun sich schwer, die Anerkennung von Grenzen als lebenslange Aufgabe wahrzunehmen. Unterschiedliche Reflexionsfähigkeiten der Teilnehmerinnen
P03	P-b	Flexibilität	Keine flexible Anpassung der SE-Anzahl an individuellen Bedarf	Umfang sollte an individuelle Entwicklung gekoppelt werden, keine Pauschalisierungen
P04	P-c	Inhalte nicht angemessen	Inhalte (therapeutisches, Tiefe, Breite, Praxisbezug, Methoden, Verfahren) nicht angemessen	Selbsterfahrung und Eigentherapie sind schwer zu trennen
P05				Selbsterfahrung sollte auch in die Tiefe gehen
P06				Zu große Verschulung
P07				zu wenig fallorientiert
P08				Fehlende Methodenklärung
P09				Erweiterung der Selbsterfahrung für KJ durch andere Therapiebausteine (Kunst, Bewegung)
P10				Das gleiche gilt wie für die anderen Inhalte: die Pädagogen brauchen auch hier mehr.
P11				Auch die Selbsterfahrung ist Teil einer pragmatischen Berufsausbildung. Stattdessen wird sie häufig idealisiert und als großes Persönlichkeitsprojekt dargestellt (wovon insbesondere die Lehranalytiker profitieren). Dieses Machtgefälle, das Kandidaten infantilisiert, muss aufgegeben werden.
P12	P-e	Integration in Gesamtausbildung	Integration bezüglich Bedeutung und Inhalte in Theorie, Gesamtausbildung	Zu geringe Integration in die Ausbildung
P13				Selbsterfahrung muss von den anderen Bereichen getrennt sein.
P14				Teilweise zu geringe Vorbereitung auf die Bedeutung der Selbsterfahrung durch das jeweilige Ausbildungsinstitut, insbesondere bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.
P15	P-f	Kontinuität	mangelnde Kontinuität bei Gruppen und SEL	feste Gruppen über eine längere Zeit wünschenswert
P16				Der Selbsterfahrungsleiter sollte nicht zu häufig wechseln

P17	P-g	non-Reporting-System	keine Einhaltung des Non-Reporting-Systems	Die Frage der Transparenz der Ausbildungsprozesse ist nicht leicht zu klären, wenn die Persönlichkeit der TN berücksichtigt werden soll (keine Konferenzen über TN ohne Anwesenheit des jeweiligen SE-Leiters)
S01	S-a	Finanzen (ATN/SEL)	finanzielle Schwierigkeiten für ATN und SEL durch zu hohe Kosten/geringe Vergütung	Da die finanzielle Situation der Teilnehmer eher schlechter geworden ist, werden Selbsterfahrungsleiter benachteiligt, weil sie pro Stunde niemals - z.B. den vergleichbaren Kassensatz - berechnen können.
S02				Kandidatinnen scheinen oft das Geld nicht aufbringen zu können. Die LA ist zu teuer.
S03	S-b	Qualifikationsmerkmale der SEL	Merkmale der SEL wie Geschlecht, Ausbildung/Qualifikation, Verfahren und deren Anzahl	Es gibt zu wenig SelbsterfahrungsleiterInnen in allen ABStätten, in denen ich arbeite. Vorallem die Männer sind rar
S04				Gesetzliche Auflagen und Ausführungsbestimmungen der LPAs für die Genehmigung der Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter sind zu rigide
S05				Selbsterfahrungsleiter brauchen eine sehr hohe Qualifikation und Erfahrung
S06				Konkurrenz der Selbsterfahrungsleiter untereinander wird vermieden, deshalb der weitere Nachwuchs aus der nächsten Generation eher aktiv verhindert
S07				zu viele Psychoanalytiker für die Selbsterfahrung von angehenden Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten
S08	S-c	Überschneidungen der SE/ SEL	zu starke Überschneidung der SE mit dem Ausbildungsinstitut/mit anderen Funktionen am AINST	Bindung an das Ausbildungsinstitut. Oft doch viel innerer Druck, als Profi gut dazustehen und Mühe, im Kontext des Instituts eigene etwas schwierigere Anteile der eigenen Person offen zu zeigen.
S09				Selbsterfahrung durch am Institut eng eingebundenen (z.B. Vorstandsstätigkeit) Personen führt zu institutionellen Verflechtungen
S10				Es sollte mehr die Möglichkeit eröffnet werden, die Selbsterfahrung außerhalb des Instituts durchführen zu können.
S11	S-d	Ungeeignete Voraussetzungen bei ATN	Voraussetzungen der ATN sind ungünstig für Kompetenzerwerb, wie Vorwissen, Lebenserfahrung, klin.	Die Sozialpädagogen und Pädagogen sind nicht qualifiziert genug
S12				Teilnehmer sind tendenziell sehr jung, daher ist wegen wenig Lebens- und Berufserfahrung
S13				kaum praktische VorErfahrung
S14				oft pathologische Probleme der Teilnehmer

			Erfahrung, psychische Probleme	
S15	S-e	Ungeeigneter Ablauf	Beginn der SE, Ablauf von Gruppen- und Einzel-SE, Ablauf über Ausbildungs- verlauf ungünstig	Selbsterfahrungsanteile kommen sehr spät im Ablauf der Ausbildung,
S16				Der Beginn der Selbsterfahrung in der Ausbildung ist nicht einheitlich genug
S17				ungünstige Überlappung von Einzel und Gruppenselbsterfahrung
S18				Selbsterfahrung sollte gesamte Ausbildung begleiten.
S19	S-f	Ungeeigneter Umfang	Anzahl und Frequenz ungünstig	Die gesetzlich vorgesehene Stundenzahl ist zu gering.
S20				Der Anteil der Gruppenselbsterfahrung sollte erweitert werden
S21				Viel zu wenig Einzelselbsterfahrung in der VT, da werden Leute auf Patienten losgelassen, die sich nicht gründlich mit sich selbst auseinander gesetzt haben.
S22				GruppenSE teilweise zu große Pausen dazwischen. eine hochfrequente Selbsterfahrung halte ich für sehr sinnvoll
S23				Die Gesamtdauer ist mitunter zu lang.
S24				es kann zu einer zeitlichen Belastung führen!
S25	S-g	Ungeeignetes Setting	Setting bezüglich Gruppe oder Zweit-SEL ungünstig	da die Ausbildung zur Einzeltherapie qualifizieren soll, sind Selbsterfahrungen in Gruppen nicht geeignet
S26				Oft werden die Gruppengröße aus finanzielle Gründe zu groß, was die Qualität schmälert.
S27				Die Selbsterfahrungsgruppe darf nicht mit der Seminargruppe identisch sein
S28				oft nur ein Lehrtherapeut - ein Wechsel zu einem weiteren Therapeuten sollte festgelegt werden.
S29	S-h	Unklares Konzept der SE	Konzept der SE an AINST unklar (bezüglich Pflicht, KJP/PP, Inhalte)	Da sich Einzel- und Gruppenselbsterfahrung ergänzen, sollte beides durchgeführt werden.
S30				In der Selbsterfahrung von KiJu- Psychotherapeuten ist das Setting in der Selbsterfahrung oft zu sehr am Erwachsenensetting orientiert und bietet zuwenig Selbsterfahrung für die konkrete therapeutische Arbeit mit KiJu.
S31				Derzeit gibt es noch kein abgestimmtes allgemeines SE-Konzept im Rahmen der Psychotherapieausbildung.
S32				skeptisch, ob Selbsterfarhung der VT sehr ertragreich ist.

B.2. Selbsterfahrung - Verbesserungsvorschläge

Tabelle 2: Kodierleitfaden für Rater SE Verbesserung

Einzelkategorie	Nr. Oberkategorie	Oberkategorie	Beschreibung der Oberkategorie	Name/Beschreibung der Einzelkategorie	Ankerbeispiele
P01	P-a	Flexibilität	Flexiblere, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Stundenzahl	Flexiblere, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Stundenzahl	Sehr wichtig ist, daß der Umfang der SE von der individuellen Entwicklung bestimmt wird und dafür die vorgeschriebenen Zeiten nur eine Orientierung darstellen.
P02	P-b	Integration in Gesamtausbildung	Integration der SE in die Inhalte der Ausbildung (z.B. Abstimmung mit Supervision, Theorieausbildung)	Stärkere Integration in der Gesamtausbildung	größere Verzahnung von Se und Ausbildungsveranstaltungen
P03				Bessere Integration in Supervision	Einzelselbsterfahrung in der Therapeutenrolle könnte auch in einem Supervisionskontext erfolgen,
P04				Verstärkte Vorinformation und Aufklärung über Bedeutung der Selbsterfahrung	Es müsste deutlicher werden, wie entscheidend ausreichende Selbsterfahrung für Berufszufriedenheit ist.
P05				Stärker aufeinander aufbauend, verknüpfend zu Lerninhalten	Effektiv ist eine Verknüpfung der Lerninhalte in direkter Bezogenheit zu den Themen der Selbsterfahrung. Das heißt Thema X wird gelehrt. Ich biete in der Selbsterfahrung hierzuentsprechend eine Möglichkeit mich zu erfahren
P06	P-c	Kollegialer Austausch	Stärkerer kollegialer Austausch	Stärkerer kollegialer Austausch	Qualitätssicherung durch regelmäßigen fachlich-klinischen Austausch der Selbsterfahrungsleiter im Institut und in den fachgesellschaften.
P07	P-d	Pflicht zu Non-Reporting System	Verpflichtende Umsetzung des Non-Reporting-System	Verpflichtende Umsetzung des Non-Reporting-System	Die Selbsterfahrung muß besonders geschützt sein gegenüber dem Ausbildungsinstitut (non-reporting!).
P08	P-e	Qualifizierung von SEL	Verbesserung der Fortbildungsmöglichkeiten der SEL	Einführung verpflichtender Fort- und Weiterbildungen	Fortbildung: Die erste Lehrtherapie sollte obligatorisch unter externer Supervision 4:1 erfolgen. ausreichende Fortbildungsverpflichtungen für SelbsterfahrungsleiterInnen.

P09	P-f	Veränderung der Inhalte	Fokus auf Vertrauensaufbau, methoden-/erfahrungs- und verfahrensübergreifenden, individuell relevanten und praxisnahen Inhalten	Abbau von Ängsten der Ausbildungsteilnehmer, mehr Vertrauen schaffen	Auflösen des Perfektionsanspruchs. Menschlicher Umgang anstatt subtil Perfektion und Angst vor Versagen zu schüren.
P10				Mehr methoden-, verfahrens- und theorieübergreifende Inhalte	Integration auch anderer Methoden als Klärung, Konfrontation und Deutung in der Übertragung
P11				Stärkerer Einbezug eigener Themen der Ausbildungsteilnehmer	mehr an den Bedürfnissen der Kandidaten und weniger am Verfahren orientiert sein.
P12				Stärke Integration andere Erfahrungsebenen	mehr Erfahrungslernen
P13				Stärkerer Bezug zu therapeutischer Arbeit	Erleben der Techniken die später auch bei Patienten durchgeführt werden. mehr fallbezogene Selbsterfahrung
S01	S-a	Abbau der Funktionsüberschneidungen	Abbau der Funktionsüberschneidungen durch Trennung vom Institut oder Vermeidung von Funktionsüberschneidungen	Stärkere Trennung der Selbsterfahrung vom Ausbildungsinstitut	Ablösung der Selbsterfahrung von der theoretischen und praktischen Institutsausbildung.
S02				Abbau der Rollenüberschneidungen der Selbsterfahrungsleiter	Selbsterfahrungsleiter sollten nicht in anderen Prüfungsgremien der Ausbildung vertreten sein Klarheit und Offenheit über Verbindungen zur Institutsleitung
S03				Anerkennung externer Selbsterfahrung	Selbsterfahrung durch vom Ausbildungsbetrieb unabhängige Leiter
S04	S-b	Konzept von SE entwerfen	Entwerfen eines Konzeptes des Inhaltes (Verfahrensrichtung, Therapeutisches) und der Einordnung der SE am AINST/ Studium	Erweiterung der KJP-spezifischer Selbsterfahrung	Zulassung als SE-Leiter sollte Erfahrungswert in KJP einschließen
S05				Gleiche Vertiefungsrichtung von Selbsterfahrungsleiter und Ausbildungsteilnehmern	Ausbildungskandidaten wechseln Selbsterfahrungsleiter bzw. wählen solche, die einen anderen therapeutischen Hintergrund haben. So werden wesentliche Anteile der persönlichen Entwicklung/ Lebensgeschichte umgangen

S06				Erarbeitung einheitlicher Richtlinien	Ausarbeitung der Inhalte der Einzelselbsterfahrung, Erarbeitung allgemeiner Richtlinien
S07				Trennung von Selbsterfahrung und Therapie	Trennscharfe Definition und Abgrenzung der Selbsterfahrung von Psychotherapie wäre sinnvoll
S08				Erarbeitung von Richtlinien spezifisch für die Verhaltenstherapieausbildung	Im Rahmen der Fachverbände, bspw. DVT, sollten die Richtlinien für verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung explizit erarbeitet werden.
S09				Konkrete Verfahrensausrichtung der allgemeinen Selbsterfahrung	Die Rolle der SE ist verfahrensspezifisch und sollte entsprechend differenziert geregelt werden.
S11				Integration der Selbsterfahrung im Studium	Integration in Studium
S12	S-c	Überarbeitung des Settings	Verbesserungen in der Gestaltung des Settings (GruppenSE-Leiter, Gruppengröße)	Verringerung der Gruppengröße	Gruppengröße nicht höher als 5 Teilnehmer.
S13				Konstante Selbsterfahrungs-leitung	Die Gruppenselbsterfahrung sollte am besten nur blockweise vom gleichen Leiter angeboten werden
				Gruppenleitung zu zweit	2 Selbsterfahrungsleiter
S14	S-d	Überarbeitung Qualifikationsmerkmale SEL	Verbesserung der Anzahl und Qualifikation SEL	Verstärkte Ausbildung qualifizierter Selbsterfahrungs-leiter	mehr SE-LeiterInnen qualifizieren
				Verbesserung der Qualifikation der Selbsterfahrungs-leiter	Differenzierte Qualifikationsmerkmale für Selbsterfahrungsleiter.
S16	S-e	Veränderung des Umfanges	Veränderung des Umfanges der SE	Erhöhung der Mindestvorgaben	Insbesondere halte ich aber die gesetzlich vorgeschriebene SE als viel zu niedrig angesetzt. Erfahrungsgemäß brauchen die notwendigen Lernprozesse in der Beziehung sehr viel mehr Zeit.
S17				Mehr Gruppenselbsterfahrung	Verstärkter Einsatz von interaktionellen Gruppenselbsterfahrungsangeboten,

S18				Mehr Einzelsselbsterfahrung	Intensivere und längere Einzel-Selbsterfahrung fordern, um Schwierigkeiten, die in Behandlungen auftauchen auch mit der eigenen psychischen Struktur in Verbindung bringen zu können und den eigenen psychischen Resonanzbereich zu vergrößern.
S19				Erstellung verfahrens-spezifischer Stundenkontingente	die Verfahren sollten selbst die Vorgaben machen, wieviel SE und in welcher Form erforderlich.
S20	S-f	Verbesserung des Ablaufes	Veränderung des Ablaufes (Frequenz, Kontinuität, Start)	Festlegung einer ausreichenden Mindestfrequenz	Eine verbindliche Mindestfrequenz einführen (3 Wochenstunden)
S21				Bessere zeitliche Koordinierung	längerfristige Planung
S23				Kontinuierlich, ausbildungsbegleitend	Selbsterfahrung sollte Ausbildungsbegleitend erfolgen, d.h. über die gesamte Ausbildungszeit hinweg, in der der Auszubildene Patienten behandelt
S24				Angebot längerer Blöcke	nicht unter 20 Stunden als Block
S25				Beginn früher, mit Ausbildungsstart	Selbsterfahrungsanteile sollten früher in der Ausbildung ermöglicht werden.
S26				Einzel- und GruppenSE abgeschlossen und getrennt nacheinander	GruppenSE sollte vor Einzel beginnen
S27				Frequenzverringerung zu Ausbildungsbeginn oder -ende	Höchstens eine niedrigere Frequenz gegen Ende, denn einfach noch mehr Selbsterfahrungsstunden zu verlange, scheint mir keine Lösung
S28	S-g	Verpflichtung zur SE	Verpflichtung zur Selbsterfahrung in allen Verfahren und Settings	Selbsterfahrung für alle Ausbildungsgänge und Verfahren ermöglichen	Jeder, der therapeutisch tätig ist, sollte eine ausgiebige Selbsterfahrung im eigenen Verfahren haben.
S29				Einführen einer verpflichtenden Teilnahme an Selbsterfahrung	Obligatorische Einzel- und Gruppenselbsterfahrung
S30	S-h	Zugangskriterien für ATN	Zugangskriterien bzgl. Eignung und Vorauss.	Festlegung verbindlicher Zugangskriterien für ATN	Die Zulassungsinterviews sollten verbessert werden.

S31				Eignungsfeststellung durch Verlegung der Selbsterfahrung vor Ausbildungsbeginn	von Beginn d. Ausb. sollten Kand. bereits eine zeitlang SE machen, um für sich zu klären, ob sie einer klin.-ther. Tätigkeit gewachsen sind
-----	--	--	--	--	---

B.3. Supervision - Probleme

Tabelle 3: Kodierleitfaden für Rater Supervision Probleme

Einzelkategorie	Oberkategorie	Oberkategorie	Beschreibung der Oberkategorie	Ankerbeispiele
EO 1	E-a	Kompetenzmängel	Mängel bei Kompetenzen der ATN und Umgang damit	Schwierig ist die Rückmeldung, wenn man einen Kandidaten für unbegabt hält, aber dies ist eine strukturelle Schwierigkeit, für die es keine einfache Lösung gibt.
EO 2	E-b	Kontrollcharakter für ATN und Behandlung	Umgang mit Kontrolle der ATN und deren Patientenbehandlungen	bei weniger fähigen KandidatInnen die Verantwortung zu übernehmen
EO 3				Teilnehmer fühlen sich manchmal kontrolliert und nicht gefördert. Der Sinn der Supervision ist wohl manchen KandidatInnen nicht klar. Doppelcharakter von Kontrolle und Entwicklungsraum
EO 4	E-c	Mangel bei kompetenzbezogenen Inhalten	mangelnde Vermittlung von wichtigen Kompetenzen	Der Beziehungsaspekt zum Patienten kommt oft zu kurz. Technikverliebtheit bei gleichzeitig mangelndem Überblick und mangelnder Reflexion eigenen Handelns und Erlebens
EO 5				Eigene Identitätsfindung im Vertiefungsverfahren,
EO 6	E-d	Zufriedenheit	Einschätzung der SV als zufriedenstellend	keine -- ich finde sie eine wichtige Ergänzung
P01	P-a	Fehlende Bewertungskriterien ATN	Unzureichende Evaluation und Bewertungskriterien der ATN hinsichtlich ihrer Leistung/Kompetenz	Einschätzungskriterien für die Eignung klar zu unterscheiden, ob die Leistung ausreichend ist
P02	P-b	Fehlende Qualitätskriterien für Durchführung der SV	Durchführung der SV mangelhaft (Qualitätskriterien fehlend, Evaluation, Beziehung Supervisand-Supervisor-Patient)	wenig gesicherte Qualifikationsanforderungen. Supervision oft von nicht in Supervision geschulten Therapeuten
P03				Qualifikation der Supervisoren wird nur pro forma geprüft. vergleichbare Bewertungskriterien unter d. Supervisoren f. psychotherapeut. Kompetenz.
P04				Ich kenne den persönlichen Hintergrund der SupervisandInnen unterschiedlich gut. Ich kann besser supervidieren, wenn ich mehr von den KandidatInnen weiß, da es nicht nur um die Überprüfung der angewandten Behandlungsmethoden geht.

P05				Dichtere Kontrolle dessen, was in den Behandlungen von Ausbildungskandidaten passiert.
P06	P-c	Fehlendes Konzept	fehlende Richtlinien für Durchführung, Inhalte und Stil der SV	Wichtig ist, dass die Supervisoren nach den gleichen Konzepten, Methoden und Inhalten arbeiten. Kein verbindliches Supervisionskonzept
P07				unterschiedliche Schwerpunkte und techn. Herangehensweise der versch. Supervisoren
P08				Supervisionen eines Ausbildungsfalles fortlaufend durch einen Supervisor. Verteilung der Ausbildungsfälle auf verschiedene Supervisoren sinnvoll.
P09	P-d	Flexibilität	Fehlendes adaptives Anpassen der Stundenzahl an individuellen Bedarf	Unabhängig vom Schweregrad des zu behandelnden Patienten ist die geforderte Supervisionsstundenzahl gleich.
P10	P-e	Geringer Kollegialer Austausch	zu wenig Austausch mit Ausbildungs-institut und unter Supervisoren (über Inhalte, Kandidaten)	Unzureichende Kommunikation zwischen Ausbildungsstätte und Supervisoren. Zusammenspiel zwischen Ausbildungspraxis und Supervisor ist oft nicht geregelt.
P11				Informationen der verschiedenen Supervisoren über die Kandidaten müssten besser integriert werden. wenig Austausch zwischen den Supervisoren
P12	P-f	Integration in Gesamtausbildung	Mangelhafte Abstimmung mit anderen Ausbildungsbausteinen und Theorie	Wenig Bezug zwischen Themen in der Supervision und Themen in der theoretischen Ausbildung
P13	P-g	Koordinierung	Schwierige zeitliche und örtliche Koordinierung	Terminfindung bei Gruppen. dass es für die Supervidenden in einzelnen Fällen eine enorme Belastung darstellt (Entfernung Wohnort, Weiterbildungsort, Arbeitsplatz)
P14	P-h	Mängel bei Inhalt der SV	Zu wenig Zeit für wichtige Inhalte (Kompetenzförderung, Praxistransfer), zu viel Zeit für andere Inhalte (Formalitäten, Theorie), falsche Gewichtung der Inhalte (SE, Vertiefungsrichtung)	Supervisoren tragen zu oft eine zu große Last bzgl. theoretischem Nachlernens;
P15				viele SV stunden werden benötigt um die Anträge zu stellen. Dadurch ist die wichtige Begleitung während der Therapiezeit nur unzureichend.
P16				Verwechslung Supervision und Lehranalyse häufig. Übergriffe dadurch von Supervisoren wahrscheinlich.
P17				KJ: Notwendigkeit der spez. Berücksichtigung von Elternarbeit bzw. Arbeit mit Bezugspersonen und offiziellen Stellen z.B. Jugendämter

P18				Supervision sollte sehr praxisnah u. wenig theoret. sein und auch Inhalte anderer Theorien beinhalten (VT/TP/ST bei KJP z.B.)
P19				Die Komplexität und die wachsende Anzahl an Theorien machen es schwer ein vernünftiges Verständnis der wichtigsten theoretischen Beiträge zu erlangen.
P20				Theorietransfer in die Praxis. Störungsspezifisches Wissen auf den Einzelfall kreativ anwenden.
P21				fehlendes Fachvokabular
P22	P-i	Mängel bei Kontinuität	Kontinuität bei Fällen und innerhalb der Ausbildung mangelhaft	ein besonders Vertrauensverhältnis bedingt, dass es keine rotation der Supervisoren geben sollte. Die Behandlung in der Regel bei demselben Supervisor stattfinden sollte
P23				Supervision wird oft etwas beliebig gehandhabt und nicht kontinuierlich genug geführt
P24				Häufiger Wechsel der Gruppenmitglieder durch festgelegte Anzahl von Stunden bei einzelnen Supervisoren. Dadurch können Prozesse oft nicht beendet werden.
P25	P-j	Mängel bei Methodik	Methodiken mangelhaft (Anweisungen, Protokolle, Technik, direkte SV)	1. häufig viel Expertensupervision, einer, der es macht, sagt, wie es geht
P26				Mehr Stundenprotokolle zur Supervision mitbringen
P27				Supervisanden zur Aufzeichnung (Video) stärker zu verpflichten.
P28				zu wenig unmittelbarer Patientenkontakt
P29	P-k	Mängel bei Mitarbeit der ATN	Mangelnde Mitarbeit durch fehlendes Öffnen, Anpassung oder motivationsbedingt	Die Auszubildenden stellen oft Fälle dar bei denen sie eben meinen keine Probleme oder fragen zu haben und versuchen vor allem in der Gruppe "gut da zu stehen". Es dauert oft einige Stunden bis sie mit "echten" Problemen kommen oder sich mal hilflos zeigen.
P30				Manchmal ungenügende Vorbereitung, zu wenig klare Fragen an den Supervisor. Geringe Beteiligung der Mitglieder der Gruppe
P31				Auszubildende halten sich meist an einzelne Supervisoren, die ähnlich Denkrichtungen verfolgen.
P32	P-l	Mangelnde Qualifikation	mangelnde Weiterbildung der Supervisoren	Es werden für SupervisorInnen keine Fortbildungen angeboten, das Kriterium Praxisführung und DozentIn reicht meines Erachtens nicht aus.

P33				Supervisoren sollten ihre eigene Arbeit ebenfalls supervidieren lassen
S01	S-a	Belastung durch hohen Aufwand	hoher Aufgaben-, Zeit- und Finanzaufwand	Teilnehmer sind insgesamt zu vielen Anforderungen, Belastungen und Stress ausgesetzt.
S02				Zeitbudget der Ausbildungskandidaten ist bei gleichzeitiger Berufstätigkeit gering, so dass SV oft am Abend stattfinden muss mit Übermüdung beidseits.
S03				Für die Kandidaten kaum zu finanzieren
S04				Anerkennung der erbrachten Leistungen bei abgebrochenen Therapien (speziell bei LZT)
S05	S-b	Mängel bei Ablauf	Ungünstige Frequenz	ich denke, alle 3 stunden wäre besser, um dem Therapieverlauf besser als Prozess verstehen zu können
S06	S-c	Mängel bei ATN	individuelle und durch Berufserfahrung/Qualifikation bedingte Mängel	klinische Erfahrung und theoret. Inhalte sehr unterschiedlich bekannt
S07				variiert je nach Supervisand
S08	S-d	Mängel bei Zuordnung Patient - ATN	Anzahl und Art der Patientenfälle ungünstig	Zum Teil bekommen die Kandidaten viel zu schwer gestörte Patienten zu Beginn, sind damit überfordert,
S09				hoher Zeitaufwand erforderlich bei zunehmenden Behandlungsfällen
S10	S-e	Qualifikationsmerkmale der Supervisoren	Qualifikationsmerkmale (praktische Erfahrung, Ausbildung, Vertiefungsrichtung, Anzahl) der Supervisoren ungünstig	daß Supervisionstätigkeit an Lehrtätigkeit geknüpft ist und somit universitäre Supervisoren mit wenig oder einseitiger Behandlungskompetenz dominieren. Supervisoren benötigen selbst eigene andauernde Behandlungserfahrung
S11				zu wenig qualifizierte Supervisoren auf dem Markt
S12				als Tiefenpsych. Institut finde sich fast ausschließlich Psychoanalytiker als Supervisoren
S13				Institut hat viel Supervisoren und wenig Kandidaten, hohe Ansprüchlichkeit bei diesen
S14	S-f	Qualitätsmängel durch Gruppengröße	Oberflächlichkeit durch zu große Gruppen und zu viele Behandlungsfälle	GSV: Wenn 4 Supervisanden z.B. je 7 Klienten haben, müssen in 4 Stunden 28 Klienten zumindest "offiziell" (per Gesetz) supervidiert werden - das ist nicht praktikabel.
S15	S-g	Rollenüberschneidungen	Durch Rollenüberschneidung der Supervisoren entstehendes Abhängigkeitsverhältnis	z.T. bestehende Doppelfunktion: Vorgesetzter und Supervisor

S16	S-h	Ungeeignete Anzahl	zu geringe Anzahl an Supervisionsstunden (Einzel-Gruppe, in PT)	Die Anzahl der Supervisionsstunden ist insgesamt zu gering. Wenn die Behandlungsphase richtig los geht, stehen kaum noch Supervisionsstunden zur Verfügung.
S17				häufig zu wenig EinzelSV u. zu viele GruppenSV
S18				Supervision während der praktischen Tätigkeit in den Kliniken findet häufig nicht statt.
S19				Der Anteil der Gruppensupervision könnte größer sein bei engmaschigen Terminen
S20	S-i	Vergütung	Unangemessene Vergütung der Supervisoren	Dotierung der zumeist sehr gut ausgebildeten Supervisoren ist deutlich zu gering (kaum höher als normale Therapiestunde, jedoch teilweise mehr Vorbereitung und mehr Verantwortung.

B.4. Supervision – Verbesserungsvorschläge

Tabelle 4: Kodierleitfaden für Rater SV Verbesserung

Nr. Einzelkategorie	Nr. Oberkategorie	Oberkategorie	Beschreibung der Oberkategorie	Ankerbeispiele
E1	E-a	Training spezifischer Kompetenzen	Stärkere Förderung des therapeutischen Stils, der individuellen Selbstöffnung und des Beziehungsgeschehens/ psychodynamischen Verständnisses	Förderung vom Bildungsinteresse und Neugier An der Auseinandersetzung mit der Profession der TherapeutIn-Stärkung des Interesses An der Entwicklung und Akzeptanz der TherapeutInnenrolle
E2				Beziehg. zu Ausb.TN u. SVisor mehr reflektieren u. initialisieren.
E3				Von Anfang an die Entwicklung einer eigenen (autonomen) psychoanalytischen Haltung der KandidatInnen fördern, z.B. indem verschiedene behandlungstechnische Ansätze diskutiert werden und "anders" wertgeschätzt wird.
E4	E-b	Zufriedenheit	Ausdruck von Zufriedenheit mit der Supervision	Finde das system insgesamt recht gut, zumindest in den mir bekannten Instituten
P01	P-a	Bewertungskriterien für Supervisanden	Festlegung von Evaluationskriterien und Umgang mit ungeeigneten Ausbildungsteilnehmer n	handhabbarer Katalog von Bewertungskriterien wäre hilfreich
P02	P-b	Erarbeiten und Evaluation von Qualitätskriterien für SV	Qualitäts- und Evaluierungskriterien für die Supervisoren und die Supervision	Qualitätskontrolle der Supervision
P03				Einführung von Protokollen
P04				Es sollte eine klarere Definition von Aufgaben und Qualifikationen von Supervisoren geben. Klarere Vorstellungen über Ablauf einer Einzel- und GruppenSV erarbeiten
P05	P-c	Integration in Gesamtausbildung	Integration der Supervision in die Ausbildung und Praxis (inhaltlich und koordinativ)	stärkeres Einbeziehen in die Planung der Ausbildung, Institute müssen mehr Kooperation zu den Supervisoren suchen
P06				bessere Vorarbeit in den Seminaren

P07	P-d	Mehr kollegiale Kooperation	Mehr Kooperation unter den Supervisoren und mit den Supervisanden	Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen den Supervisoren
P08				Offene Auseinandersetzung zwischen Kandidat und Supervisor
P09	P-e	Mehr Kontinuität	mehr Kontinuität bei Zuordnung der Supervisoren zu Fällen, bei Frequenz der Stunden und im Verlauf der Ausbildung	Es sollte ein Fall immer durchgehend bei einem SV behandelt werden.
P10				Systematische Supervision laufender Behandlungsprozesse im Verhältnis 4: 1 sollte in der Praxis eingehalten werden
P11				Eine kontinuierliche Erfahrung auch mit Gruppensupervision in stabilem Setting wäre sehr wünschenswert, weil die Kandidaten auch durch die kontinuierliche Begleitung der Therapieprozesse der anderen Kandidaten viel und zum Teil anderes lernen, als in der Einzelsupervision
P12	P-f	Qualifikation der Supervisoren	Weiterbildung/Qualifizierungsangeboten für die Supervisoren	Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Lehren lernen", regelmäßige Fortbildung für Supervisoren
P13				Wir richten eine Supervisionsgruppe für Supervisoren ein.
P14	P-g	Verbesserung der Inhalte	Verbesserung der vermittelten Inhalte der Supervisionssitzungen hinsichtlich Praxisbezug, Perspektiven	Arbeitsteilung bzgl. Antragstellung und Supervision wäre sinnvoll
P15				einen Fall auch mal bei mehreren Supervisoren vorstellen
P16				Ausbilder sollten regelmäßig Fälle vorstellen, in denen sie gescheitert sind bzw. große Probleme hatten
P17				Diverse Theorien darstellen und auf die Fälle der WBT anwenden im Sinne: Freud würde- Hanna Segal würde- Fonagy würde etc.
P18				die Supervision sollte nicht so eng am gelernten Verfahren kleben, auch explizit andere Verfahren hinzuziehen (ausgewiesen)
P19				IFA-Arbeit sollte ein Teil der supervisorischen Tätigkeit in Gruppen werden
P20				Fachtermine auch in Supervision verwenden
P21	P-h	Verbesserung der Methodik	Verbesserung der Methodik (Technik, Setting, Vielfalt)	Wert auf Gleichzeitigkeit von stabiler EinzelSV und kasuistischen Seminaren

P22				Verpflichtung, Videos oder Audioaufzeichnungen in der Supervision vorzustellen
P23				Eine gemeinsame Konsultationsstunde (mit SV) zu Beginn
P24				Einsatz von kreativen, lebendigen, erfahrungsorientierten Lernmöglichkeiten (z.B. psychodram. Ansatz) zur Beleuchtung von SV-Fragen
S01	S-a	Abbau von Funktionsüberschneidungen	Abbau von Funktionsüberschneidungen zwischen Supervision und anderen Ausbildungsbestandteilen	Supervisoren sollten getrennt sein von Lehranalytiker
S02		Änderung der Finanzierung	Verbesserung der Finanzierung für Supervisor und Supervisand	Bezahlung der Supervisoren
S03	S-b			Honorar für die Ausbildungskandidaten, die über die Ambulanz des Institutes abrechnen müssen, auf denselben Satz erhöhen, wie für Niedergelassene Psychotherapeuten
S04		Änderung der Stundenanzahl	Erhöhung der Stundenanzahl	mehr Einzel- und Gruppensupervisionsstunden für jeden Ausbildungskandidaten
S05				mehr GruppenSV empfehlen
S06	S-c			Die Gewichtung der Einzelsupervision sollte erhöht werden
S07				Einbindung von Supervision während des Psychatriejahres.
S08		Änderung des Ablaufes der SV	Änderung von Frequenz und zeitlicher Anordnung der Supervision	Relation auf 1:2 erhöhen
S09				Eine hinreichende Zahl von Supervisoren sollten flexibel Supervisionstermine bei Bedarf anbieten können.
S10	S-d			1. Am Anfang eines Falles mehr Einzelsupervision für Bericht an den Gutachter vorsehen, an anderer Stelle ist dafür weniger Supervision ausreichend.
S11				Supervision in den Arbeitsalltag als Bestandteil der Arbeit (integrieren), längerfristige Planung
S14	S-e	Änderungen im Gruppen-setting	Verbesserungen für das Gruppensetting	Die Gruppenteilnehmer sollten sich möglichst selber finden
S15				Gruppengrößen von 3 TN 'offiziell' für die Gruppen-SV zulassen

S16				Gemischte Supervisionsgruppen aus AKJP- und PA- bzw. TP-Kandidaten
S17				- nur eine "innerbetriebliche", nämlich eine kontinuierliche "Offene Supervisionsgruppe" innerhalb der Ausbildungsstätte zu schaffen
S18	S-f	Konzept der SV erarbeiten	Einheitliche Konzepte/Richtlinien für die SV in einem Institut	einheitliche Standards für die Institute; klarere Strukturvorgaben; Formulierung klarer Ziele
S19				juristische Verantwortung für die Behandlung klären
S20	S-g	Lockerung von Anerkennungsregelungen	Verbesserung der Anerkennungsregelungen	Möglichkeit der Anerkennung von Ssupervisorinnen durch die Psychotherapeutenkammern parallel zu den Ärztekammern
S21				Die Supervision von Fällen im Psychatriejahr in der Ausbildung anerkennen, da die PiAs anspruchsvolle Arbeit leisten.
S22	S-h	Qualifikationsmerkmale der Supervisoren	Bessere berufliche Qualifikation der Supervisoren	Mehr Supervisoren, die eine eigene Praxis haben, weniger Supervisoren aus der Uni
S23				mehr Supervisoren mit guter Weiterbildung
S24	S-i	Verbesserung bei Behandlungsfällen	Strukturelle Änderungen bei Patientenfällen	bessere Patientenselektion, möglichst viele geeignete und erfolversprechende Patienten an die Weiterbildungsteilnehmer vermitteln
S25				nicht mehrere Fälle bei einem Supervisor unterbringen

B.5. Kompetenzen

Haupt-kategorie	Oberkate-gorie	Nr. (Ober kat.)	Beschreibung	Ankerbeispiele
personale Kompetenz	therapeu-tische Haltung	A1	spezifisch psychoanalytische therapeutische Haltung/psychoanalytisches Selbstverständnis, Rolleneinnahme als Therapeut	Fähigkeit zur analyt.-therapeut. Haltung
	(Selbst-) Reflexions-fähigkeit	A2	Reflexionsfähigkeit als allgemeines Persönlichkeitsmerkmal, Fähigkeit über sich selbst zu reflektieren/Introspektions-fähigkeit	persönliche Reflektiertheit
	Persönliche Reife	A3	Stressbewältigung: Bewältigung eigener Probleme/Konflikte/Stressbe-wältigung/Selbststeuerung/Frustrationstoleranz	Konfliktfähigkeit, überdurchschnittliche Fähigkeit zur eigenen Problemlösung
			Reifes Denken: Kennen eigener Fähigkeiten und Grenzen/Geduld/Freude am Beruf/eigenständiges Denken/Selbstkritik	Unabhängiges, eigenständiges Denken und Handeln, Kritikfähigkeit
	Empathie-fähigkeit	A4	Fähigkeit zum empathischen Mitfühlen mit dem Patienten	Einfühlungsvermögen, Empathiefähigkeit
Beziehungs kompetenz	Gestaltung einer therapeu-tischen Beziehung/ Soziale Kompetenz	B1	therapeutische Beziehung/therapeutischen Rahmen aufbauen/erhalten/gestalten/ Kompetenz eine wirkungsvolle therapeutische Allianz herzustellen	Kompetenz in Aufbau und Aufrechterhaltung einer ther. Bez., komplementäre Beziehungsgestaltung
			Allgemein Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit	Beziehungsfähigkeit, interaktionelle Kompetenz
	Therapeu-tische Distanz	B2	Fähigkeit zur professionellen Abgrenzung/Distanz vom Patienten	professionelle Nähe-Distanz-Regulation
	Erkennen von (un-bewussten) interperso-nellen Prozessen	B3	(teilnehmendes) Beobachten, Erkennen/Wahrnehmen von (unbewussten) Prozessen zwischen Patient und Therapeut	Beziehungsanalytisch es Denken, symbolisches Verstehen, Erfassung von Übertragung, Reflexion der inneren Prozess des Patienten/der therapeutischen Beziehung

fachlich-konzeptuelle Kompetenz	ethische Sensibilität	C1	Beachten von ethischen Gesichtspunkten / respektvoller/verantwortungsvoller Umgang mit Patient	Kompetenz zu verantwortlicher Beziehungsarbeit, ethische Wurzeln
	Fachwissen	C2	Fachwissen über psychologische Krankheits-/Störungsbilder	Experte bzgl. störungsspezifischen Fachwissens, Erkennen von Störungsbildern
			Allumfassende fachliche/theoretische Kompetenz auf dem Gebiet der Psychologie/Psychotherapie, allgemeine fachliche Kompetenz	Wissenskompetenz, fachliche Kenntnisse, fundierte theoretische Kenntnisse, hohe Fachkompetenz
			Wissen um Inhalte und Ablauf von Interventionen, Wissen um Veränderungsprozesse, Kenntnis von Vertiefungsverfahren/Kenntnis von aktuellen Psychotherapiemodellen	Fachkunde, Experte von therapeutischen Modellen, Handlungswissen
	Diagnostische Fertigkeiten	C3	Beherrschen von Diagnostik, Indikationsstellung	Indikationsstellung, sichere diagnostische Kompetenzen
	Fallkonzeptualisierung	C4	Konzeptualisierung eines Falles auf Basis komplexen Wissens, Anwendung theoret. Wissens auf Fall/Verstehen des Konfliktes	Konfliktverstehen, Umsetzen von Störungswissen, Verstehen der Psychodynamik, Konzeptbildung
	Behandlungsplanung/-strukturierung	C5	Planung der Behandlung nach wissenschaftlichen Konzepten	Hypothesengeleitetes Behandlungsmanagement, schlüssiges Behandlungskonzept entwerfen, Organisation der Intervention
			Anleitung zur Veränderung/Steuerungsfähigkeiten/Gestalten des th. Prozesses/Strukturierungsfähigkeit/Effizienz	Gestaltung Therapieprozess, Strukturierungskompetenz, Führungsfähigkeiten, zielorientiertes Arbeiten
	therapeutische Flexibilität	C6	Flexible Anwendung von therapeutischen Methoden/Zielsetzungen	Arbeitsmodell variieren können, flexible Beziehungen, situationsangemessen intervenieren
	kompetente Anwendung von Interventionen	C7	selbstständige und kompetente Anwendung von Techniken/Verfahren/praktische/methodische Kompetenz	Methodische Umsetzung, Behandlungstechnik, Technikenkenntnisse, Interventionsfähigkeit
			Arbeit mit unbewussten	Fähigkeit zur

			Prozessen/Übertragung/ Gegenübertragung/ Deutungssicherheit	Bearbeitung von Übertragung+ Gegenübertragung, Handhabung Deutungsprozesse
			Umgang/Containment mit/von (negativen) Emotionen/Aggressionen/ Störungen	Umgang mit Aggression + Negativem, Umgang mit Störungen
	Reflexion eigener Anteile im Therapie- prozess	C8	Reflexion des Geschehens im Psychotherapieprozess	Selbstreflexion in Arbeit mit Patienten, eigenes Reflexionsvermögen über Anteile an therapeutischer Beziehungsgestaltung

B.6. Mangelnde Eignung

Tabelle 5: Kodierleitfaden Kriterien mangelnder Eignung

Ober-kategorie	Einzel-kategorie	Nr.	Beschreibung	Ankerbeispiele
Alter/Lebens- erfahrung	Zu geringe(s) Alter/ Lebens- erfahrung	A.1	Fehlende Eignung aufgrund von geringem Alter und damit mangelnder Lebenserfahrung	Zu jung für Einstieg in PT- Ausbildung, mangelnde Lebenserfahrung
Fach- kompetenz	Mangelndes fachliches Wissen	B.1	mangelnde theoretische Kenntnisse/fachliche Kompetenz	Mangelnde theoretische Kenntnisse, mangelnde Fachkunde
	mangelnder Transfer	B.2	fehlende Theorie-Praxis- Verknüpfung/Mangel bei Konzeptualisierung eines Falles	Umsetzen der theoretischen Inhalte in praktisches Tun
Motivation	fragliche Motive	C.1	Motivation zur Ausbildung ist Eigentherapie/es bestehen unrealistische Berufsvorstellungen	Berufliche Fehleinschätzung, eigene Therapiemotivation im Vordergrund
personale Kompetenzen	(ideologische) Rigidität	D.1	Mangelnde (Rollen-) Flexibilität/Rigidität in Ansichten	Psychische Rigidität, Starrheit, ausgeprägte Ideologien
	Geringes Lern- /Änderungs- potential	D.2	wenig Entwicklungspotential/ Fähigkeit zum emotionalen Lernen	Mangelnde Entwicklungs- möglichkeit
	Mangelnde verbale/ allgemeine Intelligenz	D.3	Schwächen in verbaler Ausdrucksfähigkeit zum Erklären eines Falles/mangelnde Intelligenz	Mangelnde intellektuelle Differenziertheit
	Mangelnde Reflexions- fähigkeit	D.4	Mangelnde Introspektions- und Reflexionsfähigkeit sowie mangelnde Kritikfähigkeit	Mangel an Bereitschaft zur Selbst-Reflexion, Nicht-Einlassen- Können auf Selbsterfahrung
	emotionale Intelligenz	D.5	Emotional nicht ausreichend intelligent, d.h. z.B. emotional nicht schwingungsfähig, mentalisiertungsstört	Schwingungs- fähigkeit fehlt, geringe emotionale Kompetenz
	Mangelnde Selbstorga- nisation	D.6	Mangelnde Fähigkeit zum strukturierten, selbstständigen Arbeiten	Mangelnde organisatorische Fähigkeiten, Strukturierung
	nicht bearbeitete eigene Störungs- anteile/psych ische Probleme/ Struktur- schwäche/	D.7	Persönlichkeitsstruktur problematisch, d.h. z.B. fehlende strukturelle Reife/Instabilität der Persönlichkeit Narzissmus/egozentrische Selbtsicht	Ungünstige Persönlichkeits- merkmale, Strukturschwächen Ausgeprägte Selbstbezogenheit Selbstunsicherheit/

	narzisstische Tendenzen – manifeste psychische Störung		allgemeine psychische Probleme (nicht bearbeitete eigene Störungsanteile/unbewusste Konflikte/Nicht zurückstellen können von eigenen Belangen) Psychische Erkrankung/Psychopharmaka einnahme	Ängste, eigene dysfunktionale Muster Psychische Erkrankung, braucht dringend selbst Psychotherapie
	Empathiemangel	E.1	eingeschränkte Empathiefähigkeit/Perspektiveübernahme	Mangelnde Empathiefähigkeit, mangelnde empathische Schwungungsfähigkeit
therapeutische Beziehung	Mangelnde Interaktionskompetenz	E.2	Mangelnde Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, mangelnde soziale Kompetenz	Gestörte Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit
	Fehler im Umgang mit Patienten	E.3	Fehler im Umgang mit Patienten, z.B. Agieren, mangelnde Abgrenzung, Beziehungsstörungen zum Patienten	Abstinenzmangel, mangelnder Kontakt zum Patienten
Zugangsvoraussetzungen	Mangelnde Qualifikation vor Ausbildungsbeginn	F.1	mangelnde fachliche Vorerfahrungen	Fehlende berufliche Vorerfahrung
sonstiges	Zulassungsverfahren/Auswahlverfahren ausreichend gut	G.1	Auswahlverfahren/Zulassungsverfahren und Ausbildung reichen aus für Eignung der Teilnehmer	durch intensive Bewerbungsinterviews...haben wir praktisch nur geeignete Teilnehmer.

C. Häufigkeiten, Einzelkategorien der Kategoriensysteme

C.1. Selbsterfahrung - Probleme

Tabelle 6: Übersicht absolute und relative Häufigkeiten im Kategoriensystem SE Probleme

Oberkategorie	% der Gesamtanzahl (OK)	n Oberkategorien	n	Einzelkategorie
Ergebnisqualität				
Erwerb von spezifischen Kompetenzen erschwert	1,0	7	4	Zu starker Einbezug anderer Verfahren erschwert Identifikation mit eigenem
			3	Fehlendes Aufgreifen spezifischer Themen: Bearbeitung unbewusster Konflikte, soziale Kompetenz
Nützlichkeitseinschätzung	2,3	16	13	Wichtiges Kernstück der Ausbildung
			2	Überflüssigkeit der Selbsterfahrung
			1	Einzelselbsterfahrung entbehrlich
Regelungen bei Kompetenzproblemen	4,9	34	27	Ungeordneter Umgang mit ungeeigneten Ausbildungsteilnehmern
			7	Notwendigkeit einer Eigentherapie der Ausbildungsteilnehmer
Zufriedenheit	7,0	49	49	Zufrieden
Prozessqualität				
Annahme der SE durch ATN	5,9	41	28	geringe Offenheit der Ausbildungsteilnehmer (durch Abhängigkeitsverhältnisse und Pflichterfüllung)
			13	Schwierigkeiten Zugang zu Selbsterfahrung zu finden
Flexibilität	6,3	44	44	Keine flexible Anpassung an individuellen Bedarf
Inhalte nicht angemessen	5,6	39	7	Schwierige Abgrenzung zwischen Selbsterfahrung und Therapie
			8	Inhaltlich zu oberflächlich
			4	Inhaltlich zu fixiert
			6	Wenig Bezug zu therapeutischer Arbeit
			2	Fehlende Methodenklärung
			5	Zu wenig andere, handlungsorientierte Verfahren (Musik, Tanz, Kunst)
			4	Zu wenig KJP-spezifische Themen
			3	Psychoanalyse: Festhalten der Ausbildungsteilnehmer und Infantilisierung
Integration in Gesamtausbildung	3,0	21	11	Begrenzte Integration in die Gesamtausbildung
			5	Überschneidung der Selbsterfahrung mit anderen Ausbildungsbausteinen (speziell Supervision)
			5	Mangelnde Aufklärung über Bedeutung der Selbsterfahrung durch Ausbildungsinstitute
Kontinuität	1,4	10	6	Mangelnde Kontinuität der Selbsterfahrungsleiter
			4	Fehlende Kontinuität der Gruppe
non-ReportingSystem	2,4	17	17	keine Einhaltung des Non-Reporting-

				Systems
Strukturqualität				
Finanzen (ATN/SEL)	6,2	43	5	Geringe Vergütung für Selbsterfahrungsleiter
			38	Finanzielle Belastung
Qualifikationsmerkmale der SEL	3,4	24	2	Zu hoher Frauenanteil
			1	Zu rigide Zulassungsregelungen zum Selbsterfahrungsleiter
			11	Ungenügende Qualifikation der Selbsterfahrungsleiter
			8	Zu wenig qualifizierte Selbsterfahrungsleiter
			2	Zu viel psychoanalytische Selbsterfahrungsleiter für tiefenpsychologisch orientierte Ausbildungsteilnehmer
Überschneidungen der SE/ SEL	9,3	65	18	Fehlende Trennung der Selbsterfahrung vom Ausbildungsinstitut
			35	Rollenüberschneidung der Selbsterfahrungsleiter
			12	Keine Anerkennung externer Selbsterfahrung
Ungeeignete Voraussetzungen bei ATN	4,1	29	6	Geringe Lebenserfahrung
			5	Geringe klinische Erfahrung
			10	Psychische Probleme
			8	Durch fehlende Zugangskriterien unterschiedliche Qualifikation der Ausbildungsteilnehmer
Ungeeigneter Ablauf	6,6	46	35	Selten kontinuierlich, ausbildungsbegleitend
			4	Ungünstiger Selbsterfahrungsbeginn: später als Ausbildungsbeginn
			4	Ungünstiger Selbsterfahrungsbeginn : Sonstiges (bestimmen Atn, SE vor Grundlagen, uneinheitlich, sollte vorher sein)
			3	Ungünstige Ablaufmodi von Einzel- und Gruppenselbsterfahrung
Ungeeigneter Umfang	20,0	139	87	Zu geringe Stundenzahl
			6	Zu wenig Gruppenselbsterfahrung
			17	Zu wenig Einzelselbsterfahrung
			13	Unzureichende Frequenz
			2	Gesamtdauer zu lang
			14	Hohe zeitliche Belastung
Ungeeignetes Setting	3,0	21	3	Keine zusätzliche therapeutische Sichtweise
			6	Gruppenrahmen ungeeignet
			9	Zu große Gruppen
			3	Seminar- und Selbsterfahrungsgruppe identisch
Unklares Konzept der SE	6,9	48	8	Vermischung Kinder/Jugendlichen- und Erwachsenen-Bereich
			25	Keine einheitlichen Richtlinien
			11	Kein inhaltlich ausgearbeitetes Konzept für Verhaltenstherapieausbildung

			4	Fehlen der obligatorische Einzel- und Gruppenselbsterfahrung
	100,0	693	693	

Tabelle 7: Konfidenzintervalle für Oberkategorien psychotherapeutischer Kompetenz

Hauptkategorien	Oberkategorien	% der Gesamtanzahl	n	untere Grenze KI	obere Grenze KI
Ergebnis	Erwerb von spezifischen Kompetenzen erschwert	1,0	7	0,2	1,8
	Nützlichkeitseinschätzung	2,3	16	1,1	3,5
	Regelungen bei Kompetenzproblemen	4,9	34	3,2	6,6
	Zufriedenheit	7,1	49	5,1	9,1
Prozess	Annahme der SE durch ATN	5,9	41	4,1	7,7
	Flexibilität	6,3	44	4,5	8,2
	Inhalte nicht angemessen	5,6	39	3,8	7,4
	Integration in Gesamtausbildung	3,0	21	1,7	4,4
	Mängel bei Kontinuität	1,4	10	0,5	2,4
	non-ReportingSystem	2,5	17	1,2	3,7
Struktur	Finanzen (ATN/SEL)	6,2	43	4,3	8,1
	Qualifikationsmerkmale der SEL	3,5	24	2,0	4,9
	Überschneidungen der SE/ SEL	9,4	65	7,1	11,6
	Ungeeignete Voraussetzungen bei ATN	4,2	29	2,6	5,7
	Ungeeigneter Ablauf	6,6	46	4,7	8,6
	Ungeeigneter Umfang	20,1	139	17,0	23,1
	Ungeeignetes Setting	3,0	21	1,7	4,4
	Unklares Konzept der SE	6,9	48	5,0	8,9

Aus dem Kategoriensystem wurden folgende Einzelkategorien entfernt:

Tabelle 8: Entfernte Einzelkategorien aus SE Probleme

n	%	Entfernt, da nicht passend zur Frage geantwortet:		
2	0,3	Unspezifische Angaben		
6	0,8	Verweis		
1	0,1	Zu wenig Literatur		
4	0,6	Gesamtausbildung problematisch		
9	1,3	Einzelne Ausbildungselemente problematisch (speziell Praktische Tätigkeit)		
	%	Entfernt, da nicht signifikant bei Häufigkeitsüberprüfung der Oberkategorien:	untere Grenze KI	obere Grenze KI
4	0,6	Zu geringer kollegialer Austausch	-0,1	1,2
4	0,6	Ungenügende Fort- und Weiterbildungen	-0,1	1,2

C.2. Selbsterfahrung - Verbesserungsvorschläge

Tabelle 9: Übersicht absolute und relative Häufigkeiten im Kategoriensystem SE Verbesserungsvorschläge

Oberkategorien	% der Gesamt- anzahl	n Ober- kate- gorie	n Ein- zelka- tego- rie	Einzelkategorien
Prozessqualität				
Flexibilität	7,4	34	34	Flexiblere, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Stundenzahl
Integration in Gesamtausbildung	6,7	31	10	Stärkere Integration in der Gesamtausbildung
			3	Bessere Integration in Supervision
			1	Trennung von Supervision und Selbsterfahrung
			8	Verstärkte Vorinformation und Aufklärung über Bedeutung der Selbsterfahrung
			2	Konstante Selbsterfahrungsleitung
			2	Gruppenleitung zu zweit
			5	Stärker aufeinander aufbauend, verknüpfend zu Lerninhalten
Kollegialer Austausch	2,2	10	10	Stärkerer kollegialer Austausch
Pflicht zu Non-Reporting System	2,0	9	9	Verpflichtende Umsetzung des Non-Reporting-System
Qualifizierung von SEL	3,7	17	10	Verbesserung der Qualifikation der Selbsterfahrungsleiter
			7	Einführung verpflichtender Fort- und Weiterbildungen
Veränderung der Inhalte	8,9	41	1	Einbringung des individuelle Stils
			5	Abbau von Ängsten der Ausbildungsteilnehmer, mehr Vertrauen schaffen
			14	Mehr methoden-, verfahrens- und theorieübergreifende Inhalte
			5	Stärkerer Einbezug eigener Themen der Ausbildungsteilnehmer
			4	Stärke Integration andere Erfahrungsebenen
			12	Stärkerer Bezug zu therapeutischer Arbeit
Strukturqualität				
Abbau der Funktionsüberschneidungen	10,4	48	17	Stärkere Trennung der Selbsterfahrung vom Ausbildungsinstitut
			8	Abbau der Rollenüberschneidungen der Selbsterfahrungsleiter
			23	Anerkennung externer Selbsterfahrung
Konzept von SE entwerfen	7,8	36	5	Erweiterung der KJP-spezifischer Selbsterfahrung
			2	Gleiche Vertiefungsrichtung von Selbsterfahrungsleiter und Ausbildungsteilnehmern
			15	Erarbeitung einheitlicher

				Richtlinien
			3	Trennung von Selbsterfahrung und Therapie
			5	Erarbeitung von Richtlinien spezifisch für die Verhaltenstherapieausbildung
			3	Konkrete Verfahrensausrichtung der allgemeinen Selbsterfahrung
			1	Ausbildungsteilnehmer als Co-Therapeut in Selbsterfahrungsgruppe
			2	Integration der Selbsterfahrung im Studium
Überarbeitung des Settings	1,7	8	8	Verringerung der Gruppengröße
Überarbeitung Qualifikationsmerkmale SEL	2,0	9	1	Lockerung der Zulassung zum Selbsterfahrungsleiter
			8	Verstärkte Ausbildung qualifizierter Selbsterfahrungsleiter
Veränderung des Umfangs	27,5	127	72	Erhöhung der Mindestvorgaben
			14	Mehr Gruppenselbsterfahrung
			29	Mehr Einzelselbsterfahrung
			4	Erstellung verfahrensspezifischer Stundenkontingente
			8	Festlegung einer ausreichenden Mindestfrequenz
Verbesserung des Ablaufes	11,3	52	3	Bessere zeitliche Koordinierung
			30	Kontinuierlich, ausbildungsbegleitend
			4	Angebot längerer Blöcke
			9	Beginn früher, mit Ausbildungsstart
			4	Einzel- und Gruppensupervision abgeschlossen und getrennt nacheinander
			2	Frequenzverringerung zu Ausbildungsbeginn oder -ende
Verpflichtung zur SE	5,0	23	7	Selbsterfahrung für alle Ausbildungsgänge und Verfahren ermöglichen
			16	Einführen einer verpflichtenden Teilnahme an Selbsterfahrung
Zugangskriterien für ATN	3,5	16	8	Festlegung verbindlicher Zugangskriterien für Ausbildungsteilnehmer
			8	Eignungsfeststellung durch Verlegung der Selbsterfahrung vor Ausbildungsbeginn
	100,0	461	461	

Tabelle 10: Konfidenzintervalle der Oberkategorien SE Verbesserungsvorschläge

Haupt-kategorie	Oberkategorie	%	n	untere Grenze KI	obere Grenze KI
Prozess	Flexibilität	7,4	34,0	4,9	9,9
	Integration in Gesamtausbildung	6,7	31,0	4,3	9,1
	Kollegialer Austausch	2,2	10,0	0,7	3,6
	Pflicht zu Non-Reporting System	2,0	9,0	0,6	3,3
	Qualifizierung von SEL	3,7	17,0	1,9	5,5
	Veränderung der Inhalte	8,9	41,0	6,2	11,6
Struktur	Abbau der Funktionsüberschneidungen	10,4	48,0	7,5	13,3
	Konzept von SE entwerfen	7,8	36,0	5,3	10,4
	Überarbeitung des Settings	1,7	8,0	0,4	3,0
	Überarbeitung Qualifikationsmerkmale SEL	2,0	9,0	0,6	3,3
	Veränderung des Umfangs	27,5	127,0	23,4	31,7
	Verbesserung des Ablaufes	11,3	52,0	8,3	14,3
	Verpflichtung zur SE	5,0	23,0	2,9	7,1
	Zugangskriterien für ATN	3,5	16,0	1,7	5,3

Aus dem Kategoriensystem wurden folgende Einzelkategorien entfernt:

Tabelle 11: Entfernte Einzelkategorien aus SE Verbesserung

n	%	Entfernt, da nicht passend zur Frage geantwortet:		
29	5,5	Verweise		
1	0,2	Mehr Literatur		
2	0,4	Unspezifische Anmerkungen		
1	0,2	Veränderung der Rahmenbedingungen		
18	3,4	Verbesserung der Ausbildungsfinanzierung		
3	0,6	Erhöhen der Bedeutung von Supervision		
3	0,6	Praktische Tätigkeit vor Ausbildung setzen		
1	0,2	Gemeinsame Durchführung theoretischer und klinischer Lehrveranstaltungen		
		Entfernt, da nicht signifikant bei Häufigkeitsüberprüfung der Oberkategorien:	untere Grenze KI	obere Grenze KI
3	0,6	Bearbeitung spezifischer Themen: Fertigkeiten trainieren, mit Äußerungen des Unbewussten umgehen, Zeit für Strategieerläuterungen der Selbsterfahrungsleitung	-0,2	1,5
1	0,2	Abschaffung der Selbsterfahrung	-0,3	0,7
2	0,4	Einführung einer Selbsterfahrungsprozess-Evaluierung	-0,3	1,1

C.3. Supervision - Probleme

Tabelle 12: Übersicht absolute/relative Häufigkeiten im Kategoriensystem SV Probleme

Oberkategorie	% der Gesamtanzahl	n (Oberkategorie)	n	Einzelkategorie
Ergebnisqualität				
Kompetenzmängel	2,7	27	27	Ungeordneter Umgang mit ungeeigneter Ausbildungsteilnehmern
Kontrollcharakter für ATN und Behandlung	3,8	38	11	Doppelcharakter der Supervision: Kontrolle vs. Unterstützung
			27	Hohe Behandlungsverantwortung beim Supervisor
Mangel bei kompetenzbezogenen Inhalten	4,5	46	37	Mangelnde Bearbeitung(-szeit) für andere Inhalte-Selbstreflexion (Beziehungsgestaltung, ThPsk; Behandlungsprozess)
			9	Schwierigkeiten in Förderung & Vermittlung therapeutischer Haltung/eigenen Stil
Zufriedenheit	2,7	27	27	Zufrieden/ wichtig
Prozessqualität				
Fehlende Bewertungskriterien ATN	0,9	9	9	Unzureichende Evaluation und Bewertungskriterien der Ausbildungsteilnehmer
Fehlende Qualitätskriterien für Durchführung der SV	5,4	55	38	Unzureichende Durchführungsqualität und fehlende Qualitätskriterien für SV
			3	Fehlende Evaluationskriterien
			5	Kaum gegenseitiges Kennen von Supervisor und Ausbildungsteilnehmer
			9	Geringe Kenntnis des Supervisors zu Patient und Behandlungsablauf
Fehlendes Konzept	5,2	53	27	Fehlende einheitliche Richtlinien
			17	Heterogenität der Supervisoren-Stile
			9	Fehlender Einbezug anderer Sichtweisen
Flexibilität	2,4	24	24	Fehlendes adaptives Anpassen der Stundenzahl an individuellen Bedarf
Geringer Kollegialer Austausch	7,4	75	33	Zu wenig Austausch mit Ausbildungsinstitut, -praxis oder Klinik
			42	Geringe kollegiale Kooperation und fehlende Supervisorkonferenz
Integration in Gesamtausbildung	2,5	25	25	Mangelhafte Abstimmung mit anderen Ausbildungsbausteinen und Theorie
Koordinierung	3,5	35	35	Schwierige zeitliche und örtliche Koordinierung
Mängel bei Inhalt der SV	7,4	75	11	Verlagerung von Standardaufgaben auf Supervision durch Kompensation von Ausbildungsdefiziten
			26	Zu viel Zeit für Formalitäten
			4	Überschneidung mit Selbsterfahrung
			6	Unspezifisch im Kinder- und Jugendlichenbereich
			12	Einseitige Fixierung auf jeweilige Therapieverfahren, Techniken, Fall
			7	Vermittlung zu vieler Vertiefungs-

				richtungen, Methoden, Theorien
			7	Mangelhafter Theorietransfer in Praxis
			2	Inhaltlich unzureichend verschiedenster Art
Mängel bei Kontinuität	8,6	87	36	Fehlende fallbezogene Kontinuität des Supervisors
			6	Fehlende Kontinuität der Gruppen
			45	Mangelhafte (Kontrolle der) Einhaltung der zeitlichen Kontinuität
Mängel bei Methodik	3,1	31	3	Zu konkrete Anweisungen durch Supervisor
			5	Verbesserungswürdige Protokollführung
			14	Zu wenig Einsatz von Videoaufnahmen
			9	Zu wenig direkte Supervision
Mängel bei Mitarbeit der ATN	3,6	36	13	Unsicherheit und Schwierigkeiten beim Sich-Öffnen
			16	Mangelnde Motivation und Pflichterfüllung
			7	Anpassung und Überidentifikation des Supervisors
Mangelne Qualifikation	2,1	21	16	Ungenügende Fort-/Weiterbildung
			5	Fehlende Supervision der Supervisoren
Strukturqualität				
Belastung durch hohen Aufwand	7,4	75	19	Persönliche Belastung durch Fülle von Aufgaben
			19	Zeitliche Belastung
			35	Finanzielle Belastung
			2	Keine Anerkennung abgebrochener Therapien und Gruppensupervision
Ungünstige Frequenz	2,3	23	23	Ungünstige Frequenz (zu starr, vor allem am Anfang höhere Frequenz)
Mängel bei ATN	7,1	72	66	Unterschiedliche und ungenügende Grundkenntnisse
			6	Teilnehmerspezifisch
Mängel bei Zuordnung Patient - ATN	2,8	28	21	Ungünstige Auswahl- und Zuordnungsregelung der Patientenfälle
			7	Unpraktikable Behandlungsfallzahl pro Ausbildungsteilnehmer
Qualifikationsmerkmale der Supervisoren	3,9	39	8	Ungenügende praktische Erfahrung der Supervisoren
			26	Zu geringe Anzahl qualifizierter SVen
			3	Unterschiedliche Vertiefungsrichtungen von Supervisor und ATN
			2	Zu viele Supervisoren, zu wenig Ausbildungsteilnehmer
Qualitätsmängel durch Gruppengröße	1,0	10	10	Oberflächlichkeit durch zu große Gruppen und zu viele Behandlungsfälle
Rollenüberschneidungen	1,6	16	15	Durch Rollenüberschneidung der Supervisoren entstehendes Abhängigkeitsverhältnis
			1	Lehrpraxisinhaber nicht Supervisor: Probleme bei Vertretung
Ungeeignete Anzahl	7,3	74	25	Zu geringe Stundenanzahl
			10	Zu wenig Einzelsupervision
			32	Zu wenig Supervisionsstunden während der Praktischen Tätigkeit
			7	Zu wenig Gruppensupervision

Vergütung	1,0	10	10	Unangemessene Vergütung
	100,0	1011	1011	

Tabelle 13: Konfidenzintervalle der Oberkategorien zu Problemen in der Supervision

Haupt-kategorie	Oberkategorien	%	n	untere Grenze KI	obere Grenze KI
Ergebnis	Kompetenzmängel	2,7	27	1,6	3,7
	Kontrollcharakter für ATN und Behandlung	3,8	38	2,5	5,0
	Mangel bei kompetenzbezogenen Inhalten	4,5	46	3,2	5,9
	Zufriedenheit	2,7	27	1,6	3,7
Prozess	Fehlende Bewertungskriterien ATN	0,9	9	0,3	1,5
	Fehlende Qualitätskriterien für Durchführung der SV	5,4	55	4,0	6,9
	Fehlendes Konzept	5,2	53	3,8	6,7
	Mangelnde Flexibilität/Anpassung	2,4	24	1,4	3,4
	Geringer Kollegialer Austausch	7,4	75	5,8	9,1
	Integration in Gesamtausbildung	2,5	25	1,5	3,5
	Koordinierung	3,5	35	2,3	4,6
	Mängel bei Inhalt der SV	7,4	75	5,8	9,1
	Mängel bei Kontinuität	8,6	87	6,8	10,4
	Mängel bei Methodik	3,1	31	2,0	4,2
	Mängel bei Mitarbeit der ATN	3,6	36	2,4	4,8
	Mangelnde Qualifikation	2,1	21	1,1	3,0
Struktur	Belastung durch hohen Aufwand	7,4	75	5,8	9,1
	Ungeeignete Frequenz	2,3	23	1,3	3,2
	Mängel bei ATN	7,1	72	5,5	8,8
	Mängel bei Zuordnung Patient - ATN	2,8	28	1,7	3,8
	Qualifikationsmerkmale der Supervisoren	3,9	39	2,6	5,1
	Qualitätsmängel durch Gruppengröße	1,0	10	0,3	1,6
	Rollenüberschneidungen	1,6	16	0,8	2,4
	Ungeeignete Anzahl	7,3	74	5,7	9,0
	Vergütung	1,0	10	0,3	1,6

Aus dem Kategoriensystem wurden folgende Kategorien entfernt:

Tabelle 14: Entfernte Kategorien aus SV Probleme

n	%	Entfernt, da nicht passend zur Frage geantwortet:		
9	0,9	Verweise und Anmerkungen		
4	0,4	Fragen zu Verklammerter Ausbildung fehlt		
6	0,6	Frage nicht klar zu beantworten		
4	0,4	Ausbildungsform unangemessen		
2	0,2	Unterschiedliche Ausbildungsformen für Ärzte und Psychologen		
1	0,1	Fehlende Vernetzung Kinder/Jugendlichen- und Erwachsenen-Arbeit		
9	0,9	Selbsterfahrung zu wenig/früh beendet		
6	0,6	Praktische Tätigkeit zu früh, da theoretisches Wissen dazu noch nicht gelehrt		
10	0,9	Zu wenig Praxis, zu viel Theorie		
4	0,4	Prüfung unangemessen		
1	0,1	Integration der PiP's ins Klinikteam		
		Entfernt, da nicht signifikant bei Häufigkeitsüberprüfung der Oberkategorien:	untere Grenze KI	obere Grenze KI
1	0,1	Einzelsupervision verzichtbar	-0,1	0,3
4	0,4	Rigide gesetzliche Auflagen	0,0	0,8

C.4. Supervision - Verbesserungsvorschläge

Tabelle 15: Übersicht absolute und relative Häufigkeiten im Kategoriensystem SV Verbesserung

Oberkategorien	% der Gesamtanzahl (OK)	n Oberkategorien	n	Einzelkategorien
Ergebnisqualität				
Training spezifischer Kompetenzen	3,4	20	11	Stärkere Förderung des therapeutischen Stils und der individuellen Selbstöffnung
			3	Stärkere Reflexion des Beziehungsgeschehens
			6	Mehr psychodynamisches Verständnis schaffen
Zufriedenheit	1,4	8	8	Zufrieden
Prozessqualität				
Bewertungskriterien für Supervisanden	1,9	11	11	Festlegung von Evaluationskriterien und Umgang mit ungeeigneten Ausbildungsteilnehmern
Erarbeiten und Evaluation von Qualitätskriterien für SV	6,3	37	10	Einführung einer Evaluation der Supervisortätigkeit
			7	Einführen verpflichtender, ausführlicher Stundenprotokolle
			20	Verbesserung der Supervisionsqualität durch Einführung klarer Qualifikationskriterien
Integration in Gesamtausbildung	9,0	53	39	Stärkere Integration mit Ausbildungsinstitut, -praxen, Kliniken und Theorie
			14	Bessere theoretische Vorbereitung und Vermittlung der Bedeutung der Supervision
Mehr kollegiale Kooperation	7,6	45	40	Mehr kollegiale Kooperation durch Supervisorenkonferenzen, Foren
			5	Verstärkter Austausch zwischen Supervisor und Ausbildungsteilnehmern
Mehr Kontinuität	14,2	84	36	Konstante Zuordnung von Supervisor und Ausbildungsteilnehmer pro Patient
			44	Stärkere (Kontrolle der) Einhaltung der Regelmäßigkeit
			4	Herstellung ein eines kontinuierlichen Settings
Qualifikation der Supervisoren	7,8	46	29	Mehr Weiter-/Fortbildungen
			17	Mehr Supervision der Supervisoren
Verbesserung der Inhalte	6,3	37	8	Gesonderter Bearbeitungszeitraum für Formalitäten wie Antragsschreiben
			9	Stärkerer Einbezug verschiedener

				Perspektiven/Zweitsichtung
			4	Einblick in die praktische Arbeit des Supervisors
			9	Stärkerer Theorie-Fall-Bezug
			4	Mehr verfahrensübergreifende Inhalte
			2	Mehr Interaktionsbezogene Fallarbeit
			1	Mehr Verwendung von Fachtermini
Verbesserung der Methodik	6,8	40	5	Stärkerer Einbezug kasuistischer Seminare
			20	Stärkerer Einsatz technischer (videogestützter) Dokumentation
			11	Verstärken des direkten Kontakts Patient-Supervisor durch mehr direkte (Live) Supervision
			4	Verstärkter Einsatz vielfältiger Methoden
Strukturqualität				
Abbau von Funktionsüberschneidungen	1,0	6	6	Rollentrennung der Supervisoren
Änderung der Finanzierung	4,7	28	3	Bessere Vergütung
			25	Attraktivere Finanzierung
Änderung der Stundenanzahl	11,7	69	25	Erhöhung der Stundenanzahl
			10	Mehr Gruppensupervisionsstunden
			7	Mehr Einzelsupervisionsstunden
			27	Mehr Supervision während der Praktischen Tätigkeit
Änderung des Ablaufes der SV	6,4	38	7	Erhöhung der Frequenz
			17	Einführen einer bedarfsorientierten Frequenz
			6	Zu Beginn mehr Einzelsupervision, dann weniger
			8	Bessere zeitliche, räumliche Koordinierung und Organisation
Änderung des Gruppensettings	2,9	17	1	SV zumindest teilweise getrennt
			1	Integration von Einzel- und Gruppensupervision
			2	Selbstfindende Zusammenstellung der Gruppen
			4	Verringerung der Gruppengröße oder Behandlungsfallzahl
			5	Bildung heterogener Supervisionsgruppen (TP, AP, KJP; Ärzte)
			4	Einführen (halb-)offener Supervisionsgruppen
Konzept der SV erarbeiten	4,4	26	21	Erarbeitung und Einhaltung konkreter Konzepte
			5	Bessere juristische Absicherung der

				Verantwortung
Lockerung von Anerkennungsregelungen	1,5	9	3	Lockerung der Anerkennungsregelung
			6	Lockerung der Anerkennungsregelung von externer Supervision, Gruppensupervision
Qualifikationsmerkmale der Supervisoren	1,4	8	3	Mehr praktische Erfahrungen der Supervisoren
			5	Verstärkte Ausbildung qualifizierter Supervisoren
Verbesserung bei Behandlungsfällen	1,7	10	8	Gewährleistung angemessene, vielseitige Behandlungsfälle
			2	Einführung einer Fallzahlbeschränkung pro Supervisor
	100,0	592	592	

Aus dem Kategoriensystem wurden folgende Einzelkategorien entfernt:

Tabelle 16: Entfernte Einzelkategorien aus SV Verbesserung

n	%	Entfernt, da nicht passend zur Frage geantwortet:
42	5,7	Unspezifische Anmerkungen und Verweise
2	0,3	Kritik an Fragebogen
6	0,8	Veränderung der Studiumsinhalte
1	0,2	Gleichberechtigung Psychologischer Psychotherapeuten mit Ärzten
1	0,2	Erhöhung der wissenschaftlich breiten Qualität
12	1,6	Reduzieren der Anforderungen
5	0,7	Verkürzung der Ausbildung(-selemente)
1	0,2	Anerkennen von Inhalten aus dem Studium
2	0,3	Stärkere Beteiligung von Kinderärzten in KJP-Ausbildung
3	0,4	Einführung der Praxisassistenten und Notfallversorgung
4	0,5	Entbürokratisierung/ Reduktion der Dokumentation
6	0,8	Einführen einer ausbildungsbegleitenden konstanten Person
13	1,8	Erhöhung der Selbsterfahrungsstunden
10	1,4	Mehr KJP-spezifische Seminare
12	1,6	Mehr Praxis, weniger Theorie
11	1,5	Verbesserung der Bedingungen während der Praktischen Tätigkeit
7	0,9	Einführen einheitlicher beruflicher Zugangsvoraussetzungen

C.5. Kompetenzen

Häufigkeiten, Einzelkategorien

Tabelle 17: Absolute und relative Häufigkeiten der Kategorien psychoth. Kompetenzen

Haupt-kategorie	Oberkategorien	Einzelkategorien	% der Gesamt-anzahl (EK)	% der Gesamt-anzahl (HK)	n
Personale Kompetenz (21,0%)	therapeutische Haltung	therapeutische Haltung	1,9	2,0	9
	(Selbst-)Re-flexionsfähigkeit	(Selbst-)Reflexionsfähigkeit	8,2	8,4	38
	Reife Bewältigungs-mechanismen	Stressbewältigungs-fähigkeit	1,7	5,1	8
		persönliche Reife	3,2		15
	Empathiefähigkeit	Empathiefähigkeit	5,4	5,5	25
Beziehungs-kompetenz (21,9%)	Aufbau/ Gestaltung der therapeutischen Beziehung + Kommunikations-fähigkeit	Aufbau/ Gestaltung der therapeutischen Beziehung	6,5	15,0	30
		soziale Kompetenz/ Kommunika-tionsfähigkeit	8,2		38
	therapeutische Distanz	therapeutische Distanz	1,7	1,8	8
	Erkennen interpersoneller Prozesse	Erkennen von (unbewusst) interpersonellen Prozessen	5,0	5,1	23
Fachlich-konzeptuelle Kompetenz (57,2%)	ethische Sensibilität	ethische Sensibilität	1,5	1,5	7
	Fachwissen	Störungswissen	4,8	17,2	22
		Fachwissen/ Fachkompetenz	7,3		34
		Interventionswissen	4,8		22
	Diagnostische Fertigkeiten	Diagnostische Fertigkeiten	4,5	4,6	21
	Fallkonzeptualisierung	Fallkonzeptualisierung	5,8	6,0	27
	Behandlungsstrukturierung	Behandlungsplanung	2,2	6,0	10
		Strukturierungsfähigkeit	3,7		17
	therapeutische Flexibilität	therapeutische Flexibilität	2,8	2,9	13
	kompetentes Anwenden von Interventionen	Anwendung von Interventionen	9,5	15,2	44
		Arbeit mit Übertragung/ Gegenübertragung	4,1		19
		Umgang mit starken Emotionen	1,3		6
	Selbstreflexion im Therapieprozess	Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess	3,7	3,8	17
Summe			100%	100%	453

Tabelle 18: Konfidenzintervalle für Oberkategorien

Hauptkategorien	Oberkategorien	n	%	unteres KI	oberes KI
Personale Kompetenz (21,0%)	therapeutische Haltung	9	2,0	0,6	3,4
	(Selbst-)Reflexionfähigkeit	38	8,4	5,7	11,1
	Reife Bewältigungsmechanismen	23	5,1	2,9	7,2
	Empathiefähigkeit	25	5,5	3,3	7,7
Beziehungs-kompetenz (21,9%)	Aufbau/Gestaltung der therapeutischen Beziehung + Kommunikationsfähigkeit	68	15,0	11,6	18,4
	therapeutische Distanz	8	1,8	0,4	3,1
	Erkennen von (unbewusst) interpersonellen Prozessen	23	5,1	2,9	7,2
Fachlich-konzeptuelle Kompetenz (57,2%)	ethische Sensibilität	7	1,5	0,3	2,8
	Wissen (Störung, allgemein, Fachkompetenz, Intervention)	78	17,2	13,6	20,8
	Diagnostische Fertigkeiten	21	4,6	2,6	6,7
	Fallkonzeptualisierung	27	6,0	3,7	8,3
	Behandlungsplanung + strukturierung	27	6,0	3,7	8,3
	therapeutische Flexibilität	13	2,9	1,2	4,5
	Anwendung von Interventionen + arbeit Ü/gÜ + Emotionen	69	15,2	11,8	18,7
	Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess	17	3,8	1,9	5,6

Aus dem Kategoriensystem wurden folgende Einzelkategorien entfernt:

Tabelle 19: Entfernte Hauptkategorien aus Kategoriensystem Kompetenz

n	% der Gesamt-anzahl	Entfernt, da nicht signifikant bei Häufigkeitsüberprüfung der Hauptkategorien:	unteres KI	oberes KI
5	1,1	Professionelle Kooperation	0,0	2,1
4	1,1	Motivierungsfähigkeit	0,0	2,1

Antworthäufigkeiten für die erst-, zweit- und dritt wichtigste Kompetenz (F=fachliche, P=personale, B=Beziehungskompetenz)

Wichtigste Kompetenz			%	Zweitwichtigste Kompetenz			%	Dritt wichtigste Kompetenz			%
Fachwissen/Fachkompetenz	F	14,0		Anwendung von Interventionen	F	12,4		Anwendung von Interventionen	F	14,0	
(Selbst-)Reflektionsfähigkeit	P	13,2		soziale Kompetenz	B	10,9		(Selbst-)Reflektionsfähigkeit	P	10,1	
Störungswissen	F	11,6		Aufbau/Gestaltung der th. Beziehung	B	9,3		soziale Kompetenz	B	10,1	
Empathiefähigkeit	B	8,5		Empathiefähigkeit	B	8,5		Fallkonzeptualisierung	F	9,3	
Aufbau/Gestaltung der th. Beziehung	B	8,5		Interventionswissen	F	7,8		Fachwissen/Fachkompetenz	F	7,8	
soziale Kompetenz	B	8,5		Fallkonzeptualisierung	F	7,8		persönliche Reife	P	7,0	
Diagnostische Fertigkeiten	F	8,5		(Selbst-)Reflektionsfähigkeit	P	6,2		Strukturierungsfähigkeit	F	6,2	
Erkennen von (unbewussten) interpersonellen Prozessen	B	8,5		Diagnostische Fertigkeiten	F	6,2		Erkennen von (unbewussten) interpersonellen Prozessen	B	6,2	
Anwendung von Interventionen	F	7,8		Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess	F	5,4		Aufbau/Gestaltung der th. Beziehung	B	5,4	
Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess	F	5,4		Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung	F	5,4		Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung	F	5,4	
Interventionswissen	F	5,4		Störungswissen	F	4,7		Stressbewältigungsfähigkeit	P	3,9	
Strukturierungsfähigkeit	F	4,7		Fachwissen/Fachkompetenz	F	4,7		Interventionswissen	F	3,9	
therapeutische Haltung	P	4,7		Behandlungsplanung	F	3,9		therapeutische Flexibilität	F	3,9	
Fallkonzeptualisierung	F	3,9		persönliche Reife	P	3,1		Professionelle Kooperation	F	3,1	
therapeutische Flexibilität	F	3,9		therapeutische Distanz	B	3,1		Behandlungsplanung	F	3,1	
Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung	F	3,9		Erkennen von (unbewussten) interpersonellen Prozessen	B	3,1		Umgang mit starken Emotionen	F	3,1	
persönliche Reife	P	1,6		Motivierungsfähigkeit	F	2,3		ethische Sensibilität	F	3,1	
Stressbewältigungsfähigkeit	P	0,8		Strukturierungsfähigkeit	F	2,3		Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess	F	2,3	
therapeutische Distanz	B	0,8		therapeutische Flexibilität	F	2,3		Empathiefähigkeit	B	2,3	
Behandlungsplanung	F	0,8		Stressbewältigungsfähigkeit	P	1,6		therapeutische Distanz	B	2,3	
Umgang mit starken Emotionen	F	0,8		therapeutische Haltung	P	1,6		Diagnostische Fertigkeiten	F	1,6	
ethische Sensibilität	F	0,8		ethische Sensibilität	F	1,6		Motivierungsfähigkeit	F	1,6	
Professionelle Kooperation	F	0,0		Professionelle Kooperation	F	0,8		Störungswissen	F	0,8	
Motivierungsfähigkeit	F	0,0		Umgang mit starken Emotionen	F	0,8		therapeutische Haltung	P	0,8	

C.6. Mangelnde Eignung

Oberkategorie	Einzelkategorie	%	n	unteres KI	oberes KI
Alter/ Lebenserfahrung	Zu geringe(s) Alter/Lebenserfahrung	5,9	17	3,0	8,7
Fachkompetenz	Mangelndes fachliches Wissen	2,4	7	0,5	4,4
	mangelnder Transfer	1,7	5	0,1	3,4
Motivation	fragliche Motive	3,1	9	0,9	5,3
personale Kompetenzen	(ideologische) Rigidität	5,5	16	2,7	8,3
	Geringes Lern- /Änderungspotential	3,8	11	1,4	6,2
	Mangelnde verbale/allgemeine Intelligenz	1,7	5	0,1	3,4
	Mangelnde emotionale Intelligenz	3,1	9	0,9	5,3
	Mangelnde Introspektions- /Reflexionsfähigkeit	10,0	29	6,4	13,6
	Mangelnde Selbstorganisation	2,1	6	0,3	3,9
	psychische Störungen	23,4	68	18,4	28,5
therapeutische Beziehung	Empathiemangel	9,7	28	6,1	13,2
	Mangelnde Interaktionskompetenz	19,7	57	14,9	24,4
	Fehler im Umgang mit Patienten	3,4	10	1,2	5,7
Zugangs- voraussetzungen	Mangelnde Qualifikation vor Ausbildungsbeginn	2,8	8	0,7	4,8
sonstiges	Zulassungs-/Auswahlverfahren ausreichend gut	1,7	5	0,1	3,4
SUMME		100,0	290		

Tabelle 20: Entfernte Einzelkategorien aus Kategoriensystem Mangelnde Eignung

n	%	Entfernt, da nicht signifikant bei Häufigkeitsüberprüfung der Oberkategorien:	unteres KI	oberes KI
3	1,0	Mangelnde analytische Kompetenzen	-0,3	2,3
4	1,3	Widerstand gegen Ausbildungsstandards	-0,1	2,8
3	1,0	Mangelnde Bewältigungsstrategien	-0,3	2,3

Umgang mit mangelnder Eignung in SE und SV

Tabelle 21: Probleme bezüglich des Umgangs mit ungeeigneten Kandidaten innerhalb der Selbsterfahrung

Antwort-kategorien	Gesamt n=39 Nennun- gen	Kategorien- beschreibung	Beispiele
Spannungsfeld Schweigepflicht – Entdeckung fehlender Eignung	12	Spannungsbereich, dass Selbsterfahrung in einem schweigepflichtigen Rahmen stattfinden soll (non-reporting-system) und damit als ungeeignet 'erkannte' Kandidaten eigentlich weitergemeldet werden sollten, aus ethischen Gründen dies aber dennoch passieren sollte	beim non-reporting-system gibt es keine Möglichkeit, Schwierigkeiten mit Kandidaten zu kommunizieren, Problematik der Schweigepflicht bei nicht geeigneten Kandidaten. Das Spannungsfeld zwischen "ungeeigneten Ausbildungskandidaten" und dem "sanktionsfreien Raum" der Selbsterfahrung. reale Abhängigkeiten können der Selbsterfahrung schaden
Ausschluss-kriterien	8	Fehlende klare und evtl. juristisch durchsetzbare Kriterien für Ausbildungsabbruch bei ungeeigneten Kandidaten	nicht erfolgreiche Teilnahme an SE kann juristisch schwer verifiziert werden und umgesetzt werden, Konsequenz mangelnder Eignung für Ausbildungsfortgang
Vorauswahl	3	Vorauswahl ist wichtig und Mangel an Vorauswahl zeigt sich in Ausbildung	fehlende Vorauswahl bei Persönlichkeitsdefekten, die spätere Korrektur oft nicht zulassen; ungeeignete TN = Konsequenz von zu wenig Auslese
allgemein	8	Allgemeine Nennung, dass der Umgang mit ungeeigneten Kandidaten schwierig zu handeln ist	Problem der ungeeigneten Kolleginnen, Umgang mit schwierigen Teilnehmern

Tabelle 22: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit ungeeigneten Kandidaten innerhalb der Selbsterfahrung

Antwort-kategorien	Gesamt n=25 Nennungen	Kategorien- beschreibung	Beispiele
Selektion	9	Stärkere Selektion durch Interviews oder vorgeschaltete Selbsterfahrung (in Teilen oder komplett)	verbesserte Zulassungsinterviews, gesetzliche Verankerung von Eingangs/Eignungsseminaren mit hohem Selbsterfahrungsanteil, SE vor Beginn der Ausbildung, um für sich zu klären, ob sie einer klin.-therapeutischen Tätigkeit gewachsen sind
frühere Sondierung	4	Stärkere Fokus auf Sondierung früh in der Ausbildung	frühe Sondierung durch Lehranalytiker in Bezug auf persönlichkeitsbedingten Defizite, stärkeres Monitoring

			von Beginn an, Beenden der SE vor Beginn PA, um die Kandidaten mit ruhigem Gewissen mit Patienten arbeiten zu lassen, vorgeschaltete therapeutische Analyse
Erfolgskriterien	3	Kriterien für 'erfolgreiche' Selbsterfahrung entwickeln	Abschluss der SE durch Zertifikat des SE Leiters mit therapeutischem Profil und Zulassung zur Prüfung oder Nichtzulassung mit konkretem Katalog von Entwicklungszielen, Konsens über Erfolgskriterien der SE

Tabelle 23: Problemdarstellungen bezüglich nicht geeigneter Kandidaten innerhalb der Supervision

Antwortkategorien	Gesamt n=65 Nennungen	Kategorienbeschreibung	Beispiele
Prozesskriterien	13	Fehlende Strukturen für den Umgang mit ungeeigneten Kandidaten	keine definierten Strukturen im Umgang mit schwierigen Kandidaten, umfassende Veränderungen zur besseren Entwicklung eines Kandidaten müssten entwickelt werden vom Institut, was macht man mit Kandidaten, die trotz zahlreicher Extraförderung nicht geeignet scheinen, wer behandelt dann Patienten?, rechtlicher Rahmen zur Ablehnung, welche Dokumentation und Sanktion von Behandlungen schwieriger Kandidaten, nein sagen, wenn Kandidat keine Fortschritte macht, Empathie fehlt
Kompetenzkriterien	14	Fehlende Kriterien für die Supervisoren für gute Behandlung/gute Kandidaten/zu erreichende therapeutische Kompetenzen	Selbstbewertung der eignen Leistung, Kriterien für Supervisor/Kandidaten erarbeiten, Kriterien entwickeln, wie eine gelingende Ausbildungsbehandlung aussieht, Bewertungskriterien für die Evaluation müssen präzisiert werden, vergleichbare Kriterien für psych. Kompetenz, Kriterien für Beurteilung der Kandidaten sind zu verschieden
Koordination der Supervisoren	14	Verbesserte Vernetzung der Supervisoren, um sich besser über ungeeignete Kandidaten zu verständigen	regelmäßige Sitzungen, in denen die versch. Kandidaten evaluiert werden, Koordination der Supervisoren für Austausch über Kandidaten
Unklare Rolle der Supervisoren	6	Frage der Verantwortung für Patienten	Verantwortung für Patienten bei ungeeigneten Kandidaten, supervisorische Steuerung beim schädlichem Therapieverhalten

Tabelle 24: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit ungeeigneten Kandidaten innerhalb der Supervision

Antwort-kategorien	Gesamt n=18 Nennungen	Kategorien- beschreibung	Beispiele
Kriterien für Bewertung von Kandidaten-eignung	9	Erstellen von Kriterien für: zu erreichende Kompetenzen in Supervision, unzureichende Eignung, Ausschluss	Klare Kriterien für Ausbildungsstopp, Qualitätskriterien für gelungene Supervision, Katalog von Bewertungskriterien für Beurteilung des Behandlungsprozesses, Entwicklungsfortschritt an Beurteilung bei Zulassung messen, Klare Ziele für Supervision, Kriterien für unzureichende Eignung, Supervision sollte Nachweis von Skills umfassen
Strukturen verbessern	4	Verbesserte Strukturen für Rückmeldung über und an Kandidaten	ein System entwickeln/erproben, in dem eine positive Rückmeldung des SV für die Zulassung zur Prüfung wichtig ist. Oder irgendeine andere Form der Einbeziehung dieser Rückmeldungen in den Ausbildungsverlauf, Rückmeldesystem über Fortschritte an Kandidaten
Richtlinien-entwicklung	3	Richtlinien für Umgang mit schwierigen Kandidaten	Entwicklung von Richtlinien zum Umgang mit schwierigen Kandidaten

D. Reliabilitätsüberprüfungen

D.1. Selbsterfahrung

Anmerkung: Die Reliabilität für die Zurodnung der Einzelaussagen der Selbsterfahrungsleiter zu den Einzelkategorien wurde im Rahmen einer von der Autorin betreuten Diplomarbeit erstellt. Die entsprechenden Berechnungen sind dort (Thiel, 2010) im Anhang dargestellt. Im Folgenden sind die Reliabilitätsberechnungen für die Zuordnung der Einzelkategorien zu den neu erstellten Oberkategorien und den aus der Literatur entnommenen Hauptkategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt.

Tabelle 25: Übereinstimmung Rater 1 und 2 Kategoriensystem SE Probleme

	Kodierer 2															
Kodierer 1	E-a	E-c	P-a	P-b	P-c	P-e	S-a	S-b	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summen	Randhäufig- keiten
E-a	1														1	0,043
E-c		1								1					2	0,087
P-a			1												1	0,043
P-b				1											1	0,043
P-c					3										3	0,130
P-e						1									1	0,043
S-a							1								1	0,043
S-b								1							1	0,043
S-c									2						2	0,087
S-d										1					1	0,043
S-e											2				2	0,087
S-f												2			2	0,087
S-g													2		2	0,087
S-h														3	3	0,130
Spalten- summen	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	3	23	Summe der Diagonalen:
Rand- häufigkeiten	0,043	0,043	0,043	0,043	0,130	0,043	0,043	0,043	0,087	0,087	0,087	0,087	0,087	0,130		22,000

Po = 0,96; Pe = 0,08, Cohen's Kappa = 0,95; Prozentuale Übereinstimmung = 95,6%; Brennan's Kappa: 0,95

Tabelle 26: Übereinstimmung Rater 1 und Rater 3 Kategoriensystem SE Probleme

	Rater3															
Rater1	E-a	E-c	P-a	P-b	P-c	P-e	S-a	S-b	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E-a					1										1	0,043
E-c		2													2	0,087
P-a			1												1	0,043
P-b				1											1	0,043
P-c					3										3	0,130
P-e														1	1	0,043
S-a							1								1	0,043
S-b						1									1	0,043
S-c									2						2	0,087
S-d										1					1	0,043
S-e											2				2	0,087
S-f												2			2	0,087
S-g												1	1		2	0,087
S-h														3	3	0,130
Spalten- summen	0	2	1	1	4	1	1	0	2	1	2	3	1	4	23	Summe der Dia- gonalen: 19,000
Rand- häufig- keiten	0,000	0,087	0,043	0,043	0,174	0,043	0,043	0,000	0,087	0,043	0,087	0,130	0,043	0,174		

Po = 0,83; Pe = 0,09, Cohen's Kappa = 0,80; Prozentuale Übereinstimmung = 82,6%; Brennan's Kappa: 0,82

Bestimmung Krippendorff's Alpha Kategoriensystem SE Probleme:

Tabelle 27: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung SE Probleme

Aussagen	Rater1	Rater2	Rater3
1	1	1	1
2	3	3	3
3	3	14	3
4	5	5	5
5	6	6	6
6	7	7	7
7	7	7	7
8	7	7	7
9	8	8	18
12	11	11	11
13	12	12	11
14	13	13	13
15	13	13	13
16	14	14	14
17	15	15	15
18	15	15	15
19	16	16	16
20	16	16	16
21	17	17	16
22	17	17	17
23	18	18	18
24	18	18	18
25	18	18	18

Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's alpha für das Kategoriensystem „Probleme Selbsterfahrung“:

```
KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3/level = 1/detail = 0/boot = 5000.
```

SPSS-Output:

Run MATRIX procedure:

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate

	Alpha	LL95%CI	UL95%CI	Units	Observrs	Pairs
Nominal	,8747	,7807	,9530	23,0000	3,0000	69,0000

Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:

alphamin	q
,9000	,7012
,8000	,0528
,7000	,0006
,6700	,0002
,6000	,0000
,5000	,0000

Number of bootstrap samples:

5000

Judges used in these computations:

Rater1 Rater2 Rater3

Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found

----- END MATRIX -----

Tabelle 28: Übereinstimmung Rater 1 und Rater 2 Kategoriensystem SE Verbesserung

	Rater2g											
Rater1	P-b	P-e	P-f	S-a	S-b	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summen	Rand-häufig- keiten
P-b	2					1					3	0,176
P-e		1				1					2	0,118
P-f			2								2	0,118
S-a				1							1	0,059
S-b					2						2	0,118
S-d		1									1	0,059
S-e							1	1			2	0,118
S-f								2			2	0,118
S-g									1		1	0,059
S-h										1	1	0,059
Spalten- summen	2	2	2	1	2	2	1	3	1	1	17	Summe der Diagonalen
Rand- häufigkeiten	0,118	0,118	0,118	0,059	0,118	0,118	0,059	0,176	0,059	0,059		13

Po = 0,76; Pe = 0,11, Cohen's Kappa = 0,73; Prozentuale Übereinstimmung = 76,5%; Brennan's Kappa: 0,75

Tabelle 29: Übereinstimmung Rater1 Rater3 Kategoriensystem SE Verbesserung

	Katharinas Rating												
mein Rating	P-b	P-e	P-f	S-a	S-b	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
P-b	2					1						3	0,176
P-e							2					2	0,118
P-f			2									2	0,118
S-a							1					1	0,059
S-b					2							2	0,118
S-c												0	0,000
S-d							1					1	0,059
S-e								1	1			2	0,118
S-f								1	1			2	0,118
S-g										1		1	0,059
S-h											1	1	0,059
Spalten- summen	2	0	2	0	2	1	4	2	2	1	1	17	Summe der Diagonalen
Rand- häufigkeiten	0,118	0,000	0,118	0,000	0,118	0,059	0,235	0,118	0,118	0,059	0,059		11

Po = 0,64; Pe = 0,09, Cohen's Kappa = 0,61; Prozentuale Übereinstimmung = 64,7%; Brennan's Kappa: 0,62

Bestimmung Krippendorff's Alpha Kategoriensystem SE Verbesserungsvorschläge:

Tabelle 30: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung SE Verbesserungsvorschläge

Aussagen	Rater1	Rater2	Rater3
1	2,00*	2,00	2,00
2	2,00	2,00	2,00
3	4,00	9,00	4,00
4	5,00	5,00	5,00
5	5,00	5,00	5,00
6	6,00	9,00	6,00
7	7,00	7,00	7,00
8	7,00	7,00	7,00
9	2,00	8,00	9,00
12	9,00	9,00	9,00
13	10,00	10,00	10,00
14	10,00	11,00	11,00
15	4,00	9,00	9,00
16	11,00	10,00	10,00
17	11,00	11,00	11,00

*Nummer für die 13 Kategorien

Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's alpha für das Kategoriensystem ,Verbesserungsvorschläge Selbsterfahrung':

```
KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3/level = 1/detail = 0/boot = 5000.
```

```
SPSS-Output:
```

```
Run MATRIX procedure:
```

```
Krippendorff's Alpha Reliability Estimate
```

```

Nominal      Alpha      LL95%CI      UL95%CI      Units      Observrs      Pairs
              ,7189      ,5891      ,8486      17,0000      3,0000      51,0000

```

```
Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:
```

```

  alphamin      q
    ,9000      ,9988
    ,8000      ,8684
    ,7000      ,4238
    ,6700      ,2122
    ,6000      ,0406
    ,5000      ,0002

```

```

Number of bootstrap samples:
  5000

```

```

Judges used in these computations:
  Rater1      Rater2      Rater3

```

```
Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found
```

```
----- END MATRIX -----
```

D.2. Supervision

Anmerkung: Die Reliabilität für die Zuordnung der Einzelaussagen der Supervisoren zu den Einzelkategorien wurde im Rahmen einer von der Autorin betreuten Diplomarbeit erstellt. Die entsprechenden Berechnungen sind dort (Thiel, 2010) im Anhang dargestellt. Im Folgenden sind die Reliabilitätsberechnungen für die Zuordnung der Einzelkategorien zu den im Rahmen dieser Arbeit neu erstellten Oberkategorien und den aus der Literatur entnommenen Hauptkategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt.

Tabelle 31: Übereinstimmung Rater1 Rater2 Kategoriensystem SV Probleme

	Rater2																				
Rater1	E-b	E-c	P-b	P-c	P-e	P-f	P-g	P-h	P-i	P-j	P-k	P-l	S-a	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summen	Randhäufig- keiten
E-b	2																			2	0,069
E-c		1																		1	0,034
P-b			2																	2	0,069
P-c				1				1												2	0,069
P-e					1															1	0,034
P-f						1														1	0,034
P-g							1													1	0,034
P-h						1		2												3	0,103
P-i									1								1			2	0,069
P-j										1										1	0,034
P-k											1									1	0,034
P-l												1								1	0,034
S-a													2	1						3	0,103
S-c														1						1	0,034
S-d															1					1	0,034
S-e																3				3	0,103
S-f																	1			1	0,034
S-g																		1		1	0,034
S-h																			1	1	0,034
Spaltensummen	2	1	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	29	
Rand- häufig- keiten	0,069	0,034	0,069	0,034	0,034	0,069	0,034	0,103	0,034	0,034	0,034	0,034	0,069	0,069	0,034	0,103	0,069	0,034	0,034		25

Po = 0,86; Pe = 0,06, Cohen's Kappa = 0,85; Prozentuale Übereinstimmung = 86,2%; Brennan's Kappa: 0,86

Tabelle 32: Übereinstimmung Rater1 Rater3 Kategoriensystem SV Probleme

	Rater3																						
Rater1	E-a	E-b	E-c	E-d	P-b	P-c	P-e	P-f	P-g	P-h	P-i	P-j	P-k	P-l	S-a	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	Zeilen- summe n	Rand häufig- keiten
E-a																						0	0,000
E-b	1	1																				1	0,034
E-c						1																1	0,034
E-d																						0	0,000
P-b					2																	2	0,069
P-c				1		1																2	0,069
P-e							1															1	0,034
P-f								1														1	0,034
P-g									1													1	0,034
P-h								1		2												3	0,103
P-i											2											2	0,069
P-j																					1	1	0,034
P-k													1									1	0,034
P-l														1								1	0,034
S-a															2	1						3	0,103
S-c																1						1	0,034
S-d																	1					1	0,034
S-e																		2	1			3	0,103
S-f																			1			1	0,034
S-g																				1		1	0,034
S-h																					1	1	0,034
Spalten- summen	1	1	0	1	2	2	1	2	1	2	2	0	1	1	2	2	1	2	2	1	2	29	Summe der Diagonale
Rand- häufig- keiten	0,034	0,034	0,000	0,034	0,069	0,069	0,034	0,069	0,034	0,069	0,069	0,000	0,034	0,034	0,069	0,069	0,034	0,069	0,069	0,034	0,069		22

Po = 0,76; Pe = 0,05, Cohen's Kappa = 0,74; Prozentuale Übereinstimmung = 75,9%; Brennan's Kappa: 0,75

Reliabilitätsbestimmung Kategoriensystem SV Probleme Krippendorff's Alpha

Tabelle 33: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung SV Probleme

Aussage	Rater1	Rater2	Rater3
1	2*	1	2
2	2	2	2
3	3	7	3
4	6	6	6
5	6	6	6
6	7	7	7
7	7	6	12
8	9	9	9
9	10	10	10
10	11	11	11
11	12	12	12
12	12	12	12
13	12	10	10
14	13	13	13
15	13	13	22
16	14	24	14
17	15	15	15
18	16	16	16
19	17	17	17
20	17	17	17
21	17	16	16
22	19	19	19
23	20	20	20
24	21	21	21
25	21	21	21
26	21	22	21
27	22	22	22
28	23	23	23
29	24	24	24

*Nummern für die 25 Kategorien

Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's alpha für das Kategoriensystem ‚Probleme Supervision‘:

KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3/level = 1/detail = 0/boot = 5000.

SPSS-Output:

Run MATRIX procedure:

```

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate
      Alpha    LL95%CI    UL95%CI    Units    Observrs    Pairs
Nominal    ,7945    ,6978    ,8791    29,0000    3,0000    87,0000

```

Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:

```

      alphamin      q
      ,9000      ,9940
      ,8000      ,5494
      ,7000      ,0250
      ,6700      ,0042
      ,6000      ,0000
      ,5000      ,0000

```

Number of bootstrap samples:

5000

Judges used in these computations:

```

      Rater1    Rater2    Rater3
----- END MATRIX -----

```

Tabelle 34: Übereinstimmung Rater1 Rater2 Kategoriensystem SV Verbesserung

	Rater2																		
Rater1	E-a	P-b	P-c	P-d	P-e	P-g	P-h	S-b	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	S-i	S-v	P-f	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E-a	1																	1	0,045
P-b																1		1	0,045
P-c			1															1	0,045
P-d				1														1	0,045
P-e					1													1	0,045
P-g			1			2												3	0,136
P-h			1				1											2	0,091
S-b								1										1	0,045
S-c											1							1	0,045
S-d			1							2								3	0,136
S-e											1							1	0,045
S-f												1				1		2	0,091
S-g													1					1	0,045
S-h														1			1	2	0,091
S-i															1			1	0,045
S-v																		0	0,000
P-f																		0	0,000
Spalten- summen	1	0	4	1	1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	1	2	1	22	Summe der Diagonale
Rand- häufig- keiten	0,045	0,000	0,182	0,045	0,045	0,091	0,045	0,045	0,000	0,091	0,091	0,045	0,045	0,045	0,045	0,091	0,045		15

Po = 0,68; Pe = 0,06, Cohen's Kappa = 0,66; Prozentuale Übereinstimmung = 68,2%; Brennan's Kappa: 0,66

Tabelle 35: Übereinstimmung Rater1 Rater3 Kategoriensystem SV Verbesserung

	Rater3																	
Rater1	E-a	P-b	P-c	P-d	P-e	P-g	P-h	S-a	S-b	S-c	S-d	S-e	S-f	S-g	S-h	S-i	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E-a	1																1	0,048
P-b							1										1	0,048
P-c			1														1	0,048
P-d				1													1	0,048
P-e					1												1	0,048
P-g						1		1									2	0,095
P-h			1				1										2	0,095
S-a																	0	0,000
S-b									1								1	0,048
S-c										1							1	0,048
S-d											3						3	0,143
S-e												1					1	0,048
S-f													2				2	0,095
S-g														1			1	0,048
S-h															2		2	0,095
S-i											1						1	0,048
Spalten-summen	1	0	2	1	1	1	2	1	1	1	4	1	2	1	2	0	21	Summe der Diagonale
Rand- häufig- keiten	0,048	0,000	0,095	0,048	0,048	0,048	0,095	0,048	0,048	0,048	0,190	0,048	0,095	0,048	0,095	0		16

Po = 0,76; Pe = 0,08, Cohen's Kappa = 0,74; Prozenuale Übereinstimmung = 76,2%; Brennan's Kappa: 0,75

Reliabilitätsbestimmung Kategoriensystem SV Verbesserung Krippendorff's Alpha

Tabelle 36: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung mit Makro von Hayes und Krippendorff (2007) SV Verbesserung

Aussage	Rater1	Rater2	Rater3
1	1,00*	1,00	1,00
2	4,00	2,00	10,00
3	5,00	5,00	5,00
4	6,00	6,00	6,00
5	7,00	7,00	7,00
6	9,00	9,00	11,00
7	9,00	9,00	9,00
8	9,00	5,00	9,00
9	10,00	5,00	5,00
10	10,00	10,00	10,00
11	12,00	12,00	12,00
12	13,00	15,00	13,00
13	14,00	14,00	14,00
14	14,00	14,00	14,00
15	14,00	5,00	14,00
16	15,00	15,00	15,00
17	16,00	16,00	16,00
18	16,00	13,00	16,00
19	17,00	17,00	17,00
20	18,00	18,00	18,00
21	18,00	8,00	18,00

* Nummern für die 19 Kategorien

Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's alpha für das Kategoriensystem ‚Verbesserung Supervision‘:

```
KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3/level = 1/detail = 0/boot = 5000.
```

SPSS-Output:

Run MATRIX procedure:

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate

	Alpha	LL95%CI	UL95%CI	Units	Observrs	Pairs
Nominal	,6931	,5800	,8062	21,0000	3,0000	63,0000

Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:

alphamin	q
,9000	1,0000
,8000	,9688
,7000	,5540
,6700	,3444
,6000	,0722
,5000	,0012

Number of bootstrap samples:

5000

Judges used in these computations:

Rater1 Rater2 Rater3

Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found

----- END MATRIX -----

D.3. Kompetenzen

Tabelle 37: Übereinstimmung Rater1 Rater2 Kategoriensystem Kompetenzen

	Rater2															
Rater1	A2	A3	C2	B3	A1	C8	B1	A4	C7	C4	C6	C5	C3	C1	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
A2	2	1													3	0,073
A3															0	0,000
C2			12												12	0,292
B3				1					1						2	0,048
A1					2										2	0,048
C8							1								1	0,024
B1							6								6	0,146
A4								1							1	0,024
C7									4						4	0,097
C4			1							3					4	0,097
C6											1				1	0,024
C5												1			1	0,024
C3													2		2	0,048
C1														2	2	0,048
Spalten- summen	2	1	13	1	2	0	7	1	5	3	1	1	2	2	41	Summe der Diagonalen:
Rand- häufigkeiten	0,05	0,02	0,32	0,02	0,05	0,00	0,17	0,02	0,12	0,07	0,02	0,02	0,05	0,05		37

Po = 0,90; Pe = 0,15, Cohen's Kappa = 0,88; Prozentuale Übereinstimmung = 90,2%; Brennan's Kappa: 0,89

Tabelle 38: Übereinstimmung Rater1 Rater3 Kategoriensystem Kompetenzen

	Rater3															
Rater1	A2	A3	C2	B3	A1	C8	B1	A4	C7	C4	C6	C5	C3	C1	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
A2	2	1													3	0,073
A3															0	0,000
C2			9						3						12	0,292
B3				1					1						2	0,048
A1					2										2	0,048
C8				1											1	0,024
B1							6								6	0,146
A4								1							1	0,024
C7			1						3						4	0,097
C4										4					4	0,097
C6											1				1	0,024
C5										1					1	0,024
C3													2		2	0,048
C1														2	2	0,048
Spalten- summen	2	1	10	2	2	0	6	1	7	5	1	0	2	2	41	Summe der Diagonalen:
Rand- häufigkeiten	0,05	0,02	0,24	0,05	0,05	0,00	0,15	0,02	0,17	0,12	0,02	0,00	0,05	0,05		33

Po = 0,85; Pe = 0,13; Cohen's Kappa = 0,83; Prozentuale Übereinstimmung = 85,4%; Brennan's Kappa: 0,84

Tabelle 39: Übereinstimmung Rater1 Rater4 Kategoriensystem Kompetenzen

	Rater4															
Rater1	A2	A3	C2	B3	A1	C8	B1	A4	C7	C4	C6	C5	C3	C1	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
A2	2	1													3	0,073
A3															0	0,000
C2			10						2						12	0,292
B3				1					1						2	0,048
A1					2										2	0,048
C8						1									1	0,024
B1							6								6	0,146
A4								1							1	0,024
C7					1				3						4	0,097
C4										4					4	0,097
C6											1				1	0,024
C5		1													1	0,024
C3													2		2	0,048
C1														2	2	0,048
Spalten- summen	2	2	10	1	3	1	6	1	6	4	1	0	2	2	41	Summe der Diagonalen:
Rand- häufigkeiten	0,05	0,05	0,24	0,02	0,07	0,02	0,15	0,02	0,15	0,10	0,02	0,00	0,05	0,05		35

Po = 0,80; Pe = 0,13; Cohen's Kappa = 0,77; Prozentuale Übereinstimmung = 80,5%; Brennan's Kappa: 0,79

Reliabilitätsbestimmung Kategoriensystem psychotherapeutische Kompetenzen

Krippendorfs Alpha für alle Rater gemeinsam:

Tabelle 40: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung mit Makro von Hayes und Krippendorf (2007)

Bewertungseinheit/ Aussage	Rater1	Rater2	Rater3	Rater4
1	2*	3	3	3
2	9	9	9	9
3	7	14	14	14
4	2	2	2	2
5	1	1	1	1
6	2	2	2	2
7	15	15	15	7
8	5	5	5	5
9	5	5	5	5
10	5	5	5	5
11	5	5	5	5
12	4	4	4	4
13	5	5	5	5
14	5	5	5	5
15	14	14	1	9
16	11	11	11	11
17	11	9	11	11
18	9	9	9	9
19	9	9	9	9
20	9	9	9	9
21	9	9	9	9
22	11	11	11	11
23	9	9	9	9
24	9	9	9	14
25	9	9	9	9
26	11	11	11	11
27	14	14	14	14
28	13	13	13	13
29	1	1	1	1
30	14	14	14	14
31	7	7	7	7
32	9	9	14	14
33	12	12	3	11
34	14	14	14	14
35	10	10	10	10
36	9	9	14	14
37	8	8	8	8
38	9	9	9	9
39	8	8	8	8
40	9	9	9	9
41	10	10	10	10

*1-15=Nummern für die 15 Kategorien des Kompetenzkategoriensystems

Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's Alpha für das Kategoriensystem ‚Kompetenzen‘.

KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3 Rater4/level = 1/detail = 0/boot = 5000.

SPSS-Output für Reliabilitätsberechnung für Kompetenzkategoriensystem:

Run MATRIX procedure:

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate

	Alpha	LL95%CI	UL95%CI	Units	Observrs	Pairs
Nominal	,8452	,7936	,8921	41,0000	4,0000	246,0000

Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:

alphamin	q
,9000	,9910
,8000	,0406
,7000	,0000
,6700	,0000
,6000	,0000
,5000	,0000

Number of bootstrap samples:

5000

Judges used in these computations:

Rater1 Rater2 Rater3 Rater4

Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found

----- END MATRIX -----

D.4. Mangelnde Eignung

Tabelle 41: Übereinstimmung Rater1 Rater2 Kategoriensystem Kriterien mangelnder Eignung

	Rater2															
Rater1	E1	D7	E2	D3	F1	E3	D1	B1	C1	A1	D5	B2	D2	D6	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E1	1										1				2	0,069
D7		6													6	0,207
E2			3												3	0,103
D3		1		4											5	0,172
F1					1										1	0,034
E3						3						1			4	0,138
D1							2								2	0,069
B1								2							2	0,069
C1									1						1	0,034
A1		1													1	0,034
D5															0	0,000
B2															0	0,000
D2													1		1	0,034
D6														1	1	0,034
Spalten- summen	1	8	3	4	1	3	2	2	1	0	1	1	1	1	29	Summe der Dia- gonalen
Rand-häufig- keiten	0,034	0,276	0,103	0,138	0,034	0,103	0,069	0,069	0,034	0,000	0,034	0,034	0,034	0,034		25

Po = 0,86; Pe = 0,12; Cohen's Kappa = 0,84; Prozentuale Übereinstimmung = 86,2%; Brennan's Kappa: 0,85

Tabelle 42: Übereinstimmung Rater1 Rater3 Kategoriensystem Kriterien mangelnder Eignung

	Rater3																
Rater1	E1	D7	E2	D4	F1	E3	D1	B1	C1	A1	D5	B2	D2	D6	G1	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E1	2															2	0,067
D7		6														6	0,200
E2			1			2										3	0,100
D4				5												5	0,167
F1					1										1	2	0,067
E3						2		2								4	0,133
D1							2									2	0,067
B1								2								2	0,067
C1									1							1	0,033
A1										1						1	0,033
D5																0	0,000
B2																0	0,000
D2							1									1	0,033
D6														1		1	0,033
G1																0	0,000
Spalten- summen	2	6	1	5	1	4	3	4	1	1	0	0	0	1	1	30	
Rand- häufig- keiten	0,067	0,200	0,033	0,167	0,033	0,133	0,100	0,133	0,033	0,033	0,000	0,000	0,000	0,033	0,033		24

Po = 0,80; Pe = 0,11; Cohen's Kappa = 0,77; Prozentuale Übereinstimmung = 80,0%; Brennan's Kappa: 0,79

Tabelle 43: Übereinstimmung Rater1 Rater4 Kategoriensystem Kriterien mangelnder Eignung

	Rater4																
Rater1	E1	D7	E2	D4	F1	E3	D1	B1	C1	A1	D5	B2	D2	D6	G1	Zeilen- summen	Rand- häufig- keiten
E1	1					1										2	0,067
D7		6														6	0,200
E2			3													3	0,100
D4			1	4												5	0,167
F1					1										1	2	0,067
E3						2		1				1				4	0,133
D1							2									2	0,067
B1								2								2	0,067
C1									1							1	0,033
A1										1						1	0,033
D5																0	0,000
B2																0	0,000
D2		1														1	0,033
D6														1		1	0,033
G1																0	0,000
Spalten- summen	1	7	4	4	1	3	2	3	1	1	0	1	0	1	1	30	
Rand-häufig-keiten	0,033	0,233	0,133	0,133	0,033	0,100	0,067	0,100	0,033	0,033	0,000	0,033	0,000	0,033	0,033		24

Po = 0,80; Pe = 0,11; Cohen's Kappa = 0,77; Prozentuale Übereinstimmung = 80,0%; Brennan's Kappa: 0,79

Reliabilitätsbestimmung Kategoriensystem Mangelnde Eignung Krippendorff's Alpha

Tabelle 44: Datenblatt für Reliabilitätsbestimmung mit Makro von Hayes und Krippendorff (2007)

Bewertungseinheit/ Aussage	Rater1	Rater2	Rater3	Rater4
1	12,00	12,00	12,00	12,00
2	11,00	11,00	11,00	11,00
3	13,00	13,00	13,00	14,00
4	8,00	8,00	8,00	8,00
5	15,00	15,00	15,00	15,00
6	13,00	13,00	13,00	14,00
7	14,00	14,00	3,00	2,00
8	14,00	14,00	14,00	14,00
9	11,00	11,00	11,00	11,00
10	5,00	5,00	5,00	5,00
11	11,00	11,00	11,00	11,00
12	8,00	8,00	8,00	8,00
13	14,00	14,00	14,00	14,00
14	13,00	13,00	14,00	13,00
15	8,00	11,00	13,00	8,00
16	5,00	5,00	5,00	5,00
17	2,00	2,00	2,00	2,00
18	4,00	4,00	4,00	4,00
19	8,00	8,00	8,00	8,00
20	11,00	11,00	11,00	11,00
21	1,00	11,00	1,00	1,00
22	12,00	9,00	14,00	12,00
23	8,00	8,00	8,00	8,00
24	14,00	3,00	2,00	2,00
25	11,00	11,00	11,00	11,00
26	11,00	11,00	11,00	11,00
27	6,00	6,00	11,00	5,00
28	10,00	10,00	10,00	10,00
29	2,00	2,00	2,00	2,00
30	15,00	1,00	16,00	16,00

*Nummern für die 16 Kategorien

A Bei aktiviertem Makro nach Hayes & Krippendorff (2007) ausgeführte Syntax für die Berechnung von Krippendorff's alpha für das Kategoriensystem ‚Kriterien mangelnder Eignung‘:

KALPHA judges = Rater1 Rater2 Rater3 Rater4/level = 1/detail = 0/boot = 5000.

SPSS-Output:

Run MATRIX procedure:

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate						
Alpha	LL95%CI	UL95%CI	Units	Observrs	Pairs	
Nominal	,7376	,6689	,8063	30,0000	4,0000	180,0000

Anhang

Probability (q) of failure to achieve an alpha of at least alphamin:

alphamin	q
,9000	1,0000
,8000	,9566
,7000	,1268
,6700	,0328
,6000	,0002
,5000	,0000

Number of bootstrap samples:

5000

Judges used in these computations:

Rater1 Rater2 Rater3 Rater4

Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found

----- END MATRIX -----

E. Entsprechungen Kompetenzkategorien - bestehende Definitionen

Tabelle 45: Entsprechungen der gefundenen Kompetenzkategorien in der Kompetenzdefinition von Will (2006)

Psychoanalytische Kompetenzen nach Will (2006): Die Fähigkeit, ...	Einzelkategorie-Entsprechungen im erstellten Kategoriensystem (und zugehörige Oberkategorie)
Teilnehmend-beobachtender Rahmen	
1. zur gleich schwebenden Aufmerksamkeit,	therapeutische Haltung (P) therapeutische Distanz (B) Erkennen von unbewussten Prozessen (B)
2. mit Gegenübertragung zu arbeiten,	Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung (F)
3. zur psychoanalytischen Interaktion,	
4. eine als hilfreich erlebte Beziehung herzustellen,	therapeutische Beziehung (B)
5. mit Angst, Spannungen und Konflikten umzugehen, sowie	Umgang mit starken Emotionen (F)
6. den Patienten psychischen Raum und Entwicklungsfreiheit zu geben und sie nicht durch eigene Bedürfnisse oder Unzulänglichkeiten einzuschränken.	Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess (F)
Konzeptueller Rahmen	
7. einen analytischen Prozess zu strukturieren	Strukturierungsfähigkeit (F)
8. theoretische Konzepte heranzuziehen,	Fallkonzeptualisierung (F) Fachwissen (F) Störungswissen (F)
9. die Fähigkeit zur Selbstreflexion.	Selbstreflexionsfähigkeit (P)
Interventionsrahmen	
10. in förderlicher Weise zu deuten.	z.T. in Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung (F)

Tabelle 46: Entsprechungen der gefundenen Kompetenzkategorien in der Kompetenzdefinition von Vogel & Alpers (2009)

Kompetenzen in der Verhaltenstherapieausbildung nach Vogel & Alpers (2009)	Kategorien von Kompetenzen basierend auf den Aussagen der Institutsleiter der deutschen Ausbildungsinstitute
Wissen	
• Grundlagenwissen	• Fachwissen/Fachkompetenz
• Störungsbezogenes Wissen	• Störungswissen
• Therapiebezogenes Wissen	• Interventionswissen
• Versorgungssystem	• (Professionelle Kooperation)
Fachkompetenzen	
• Problemanalyse	• Fallkonzeptualisierung
• therapeutische Gesprächsführung	• Empathie • Aufbau th. Beziehung • Motivierungsfähigkeit • Behandlungsplanung
• Diagnostische Kompetenz	• Diagnostische Fertigkeiten
• Allgemeine therapeutische Techniken	• Anwendung von Interventionen
• Spezifische therapeutische Techniken	• Anwendung von Interventionen
• Regulationskompetenzen	• therapeutische Flexibilität
• Wissenschaftliche Kompetenz	-
• Technische Kompetenzen	-
Personale/Professionelle Kompetenzen	
• Kenntnis eigener therapierelevanter Interaktionsmuster und kognitiv-emotionaler Schemata	• Reflexion eigener Anteile im Therapieprozess
• Selbstreflexionsbereitschaft	• Selbstreflexion
• Motivation zum lebenslangen Lernen	-
• Emotionale Stabilität/Selbstständigkeit	• Reife/Stressbewältigungsfähigkeit
• Soziale Integrität und Kompetenz	• ethische Sensibilität

Ehrenwörtliche Erklärung – Dissertation Steffi Nodop

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass mir die geltende Promotionsordnung bekannt ist.

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Dissertationsarbeit selbstständig angefertigt habe, dass ich keine Textabschnitte eines Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen habe und alle benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen angegeben habe.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise geholfen:

- Dipl.-Psych. Katharina Thiel, die als Diplomandin für mich die offenen Antworten der Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren inhaltsanalytisch zu Einzelkategorien zusammengefasst hat und deren Interrater-Reliabilitäten berechnet hat.
- Als Rater für die Reliabilitätsüberprüfung der erstellten Kategoriensysteme haben mir folgende Personen geholfen:
 - Dipl.-Psych. Katharina Thiel: Oberkategorien SV und SE (entgeltlich)
 - Dipl.-Psych. Steven Kahn: Einzelkategorien Kompetenz, mangelnde Eignung (entgeltlich)
 - Cand.-Psych. Julia Wiest: Einzelkategorien Kompetenz, mangelnde Eignung (entgeltlich)
 - Cand.-Psych. Sina Schneider: Einzelkategorien mangelnde Eignung (entgeltlich)
 - Cand.-Psych. Anne Zirkler: Einzelkategorien Kompetenz, Oberkategorien SV und SE (unentgeltlich)

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen habe und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Ich habe die Dissertation nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht.

Ich habe die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule bzw. anderen Fakultät als Dissertation eingereicht.

Jena, den 04.07.2012

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ich danke ...

... Prof. Strauß für die gute Zusammenarbeit während der oft sehr stressreichen Zeit der Gutachtenerstellung; für Ihre professionelle Unterstützung und die Möglichkeit, am Institut eigenständig arbeiten zu können und diese Arbeit anfertigen zu können.

... den Mitwirkenden am Forschungsgutachten – für 16 Monate intensive und konstruktive Zusammenarbeit.

... meinen Kolleginnen und Kollegen am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie. Sie haben/Ihr habt mich in den letzten fünf Jahren über Hochs und Tiefs der Arbeit begleitet und mich mit Rat und Tat unterstützt. Ganz besonders bedanke ich mich bei Elena Partschefeld, Susan Tefikow, Jenny Rosendahl, Swetlana Philipp, Karena Leppert, Madlen Glauer und Constanze Borys für wertvolle Hinweise zur Dissertation und viele aufmunternde Gespräche ‚auf dem Flur‘ oder beim Mittagessen. Ein großer Dank geht auch an Elena Partschefeld und Sophie Kaczmarek für die schnellen und sehr hilfreichen Korrekturen und Ideen zu dieser Arbeit.

... meinen Freunden aus meinem Hauskreis und aus dem Lutherhaus: vor allem Andrea, Uta, Stefanie, Rose, Hanna & Christian – für die stets offenen Ohren und die stärkenden Worte.

... Katrin und Alrun für die vielen sehr willkommenen und ablenkenden Mittags- und Kaffeepausen.

... meiner Mutter, meinem Bruder und der Familie meines Mannes für die liebevolle Unterstützung.

... meinem Mann Dirk: für Dein Verständnis und für Deine Liebe.

S.D.G.